

DOMANDA DI ISCRIZIONE PER L'ESAME EIPASS

All'Agenzia Formativa **CENTRO STUDI FORMA**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ prov. _____ il _____
codice fiscale _____
residente in _____ prov. _____
recapito telefonico _____ indirizzo e-mail _____

CONSAPEVOLE

Delle responsabilità derivanti dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000), ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. 445/2000 (Dichiarazione Sostitutiva di Atto Notorio),

CHIEDE

di partecipare all'esame per il conseguimento della
certificazione Informatica EIPASS

Indicare con una X la certificazione scelta

7 moduli user **Progressive** **Sanità digitale** **Personale ATA** **Altro**

Se barrato "Altro" specificare il tipo di certificazione _____

A tal fine dichiara: di essere a conoscenza che per conseguire la certificazione è necessario superare singolarmente ciascun esame che la compone

1. di essere a conoscenza che gli esami si svolgono in presenza presso la sede accreditata di via Mattiuli 21 a San Giuseppe Vesuviano (NA) oppure da remoto con modalità di Monitoring System
2. di essere a conoscenza che la quota di iscrizione all'esame è di € 180,00 (centootanta/00) o di avere il Codice sconto _____ e di aver versato almeno il 30% della quota e di impegnarsi a versare il saldo prima del giorno dell'esame
3. di essere a conoscenza che la quota di iscrizione consente esclusivamente l'accesso all'esame e non include alcun tipo di corso di preparazione e/o materiale didattico
4. Allego documento di identità n. _____, in corso di validità, rilasciato in data _____ dal Comune di _____

*Allego copia documento di riconoscimento
copia ricevuta pagamento del 30% della quota*

Data _____

Firma _____

Trattamento dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ed in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso, ai fini della tutela delle persone e altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, si informa quanto segue:

1. **Finalità del Trattamento:** I dati da Lei forniti verranno utilizzati allo scopo e per il fine di frequentare un corso di formazione professionale e di ammissione all'esame finale per il rilascio di un attestato/qualifica.
2. **Modalità del Trattamento:** Le modalità con la quale verranno trattati i dati personali contemplano l'utilizzo di sistemi informatici.
3. **Conferimento dei dati:** Il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto 1 sono (obbligatori e l'eventuale rifiuto dell'autorizzazione comporta la non iscrizione al corso.
4. **Comunicazione e diffusione dei dati:** I dati forniti potranno (essere/saranno) comunicati a: Learning Resource Network. I dati forniti non saranno soggetti a comunicazione né a diffusione ma inseriti in una piattaforma regionale per attività istituzionali di monitoraggio e controllo.
5. **Titolare del Trattamento:** Il titolare del trattamento dei dati personali è FORMA s.r.l.
6. **Diritti dell'interessato:** In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:
 - a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
 - b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
 - c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
 - d) ottenere la limitazione del trattamento;
 - e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
 - f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto; g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.
 - h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
 - i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
 - j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata a Forma s.r.l. via Mattiuli 21; 80047 San Giuseppe Vesuviano (NA), all'indirizzo postale della sede legale o all'indirizzo mail forma_srl@arubapec.it

Pubblicazione di materiale audio-visivo

Si autorizza Forma s.r.l. alla ripresa audio-video e/o allo scatto di fotografie a alla successiva pubblicazione sul sito web o sui canali social dell'ente al solo fine di pubblicizzare le attività.

Assenza, rinuncia o mancato superamento esame

In caso di essere impossibilitati a raggiungere la sede dell'esame sarà necessario comunicarlo in segreteria e presentare il giorno stesso dell'esame un documento sanitario che giustifica l'assenza. Sarà poi cura della segreteria comunicare la data successiva alla quale si potrà essere inseriti. In caso di rinuncia per motivi personali, di assenza senza opportuna giustificazione sanitaria o di presentazione tardiva del documento di giustificazione o di mancato superamento dell'esame, non potrà essere richiesta la restituzione parziale o totale della quota di iscrizione.

Io sottoscritto/a dichiaro:

- di aver ricevuto l'informativa che precede
- di esprimere il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati
- di esprimere il consenso alla comunicazione dei miei dati personali ad enti pubblici per le finalità indicate nell'informativa
- di accettare tutte le condizioni presenti nel documento

Data _____

Firma _____