

Titolo del corso _____

Cognome _____ **Nome** _____

Luogo di nascita _____ prov _____ data di nascita _____

Codice fiscale _____

Domicilio _____ via/piazza _____

Cap _____ località _____ prov _____

Tel _____ tel cellulare _____

e-mail _____ Fax _____

Titolo di studio: (con l'attestato regionale barrare anche il titolo di base conseguito)

3 anni post media (specificare) _____

maturità (specificare) _____

diploma universitario/laurea breve (specificare) _____

laurea/laurea specialistica (specificare) _____

Attestato regionale di qualifica professionale di:

ASA OSS animatore educatore professionale

altro (specificare) _____

Ente di appartenenza: da compilare solo se proveniente da

ente pubblico privato sociale privato

Denominazione _____

via/piazza _____

Cap _____ località _____ prov _____

Tel _____ fax _____

1. dipendente tempo indeterminato (di ruolo)

a tempo determinato (contratto a termine)

2. non dipendente rapporto libero professionale/co.co.co. (n° ore settimanali _____)

altro (specificare) _____

3. socio lavoratore

4. volontario

Servizio in cui opera dal _____

se privato indicare se convenzionato con il pubblico sì no

denominazione _____

via/piazza _____

cap _____ località _____ prov _____

tel _____ fax _____

indirizzo e-mail _____

Indicare la tipologia

- Area minori, giovani, famiglia
 - Consultorio familiare e/o materno infantile
 - Nido e/o centro prima infanzia, nido famiglia
 - Centro di aggregazione giovanile (CAG), centro ricreativo, educativa di strada
 - Comunità educativa, pronto intervento, alloggio per l'autonomia, comunità familiari
 - Assistenza domiciliare minori (ADM)
 - Servizio tutela e altri servizi minori (affidi, adozioni, penale minorile, ecc.)
- Area dipendenze
- Area disabilità
 - Servizio dipendenze (SerT, comunità alloggio ecc.)
 - Struttura residenziale per disabili (comunità, comunità socio sanitaria CSS, residenza sanitaria disabili RSD, istituto di riabilitazione IDR)
 - Centro socio educativo (CSE), centro diurno disabili (CDD)
 - Assistenza domiciliare handicap (ADH)
 - Servizio/Nucleo inserimento lavorativo (SIL, NIL), Servizio formazione all'autonomia (SFA)
- Area anziani
 - Residenza sanitaria assistenziale (RSA), Istituto di riabilitazione (IDR), comunità alloggio
 - Assistenza domiciliare anziani (ADI, SAD, CMA)
 - Centro diurno per anziani (CDA), centro diurno integrato (CDI)
- Area istituzionale
 - Servizio Sociale Comunale/Ufficio di Piano/Servizio di Dipartimento ASSI

Qualifica professionale attribuita dall'Ente di appartenenza	Posizione organizzativa (barrare la casella corrispondente)		
	Operatore di I livello	Coordinatore Funzionario/Responsabile Quadro	Dirigente
*			
*riportare una delle seguenti denominazioni: Animatore, Assistente sanitaria, Assistente sociale, Ausiliario socio assistenziale, Avvocato, Educatore prima infanzia, Educatore professionale, Infermiere professionale, Insegnante, Mediatore, Medico, Operatore socio sanitario, Ostetrica, Pedagogista, Profilo Amministrativo, Psicologo, Sociologo, Tecnico dei servizi sociali, Terapista della riabilitazione, Volontario			

Data _____

Firma dell'interessato _____

Informativa art. 13 d.lgs. n. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

I dati personali, raccolti per scopi organizzativi nella presente scheda d'iscrizione, saranno trattati in piena osservanza delle disposizioni del d.lgs. n. 196/03. I diritti dell'interessato – di accesso ai dati personali e altri diritti – sono stabiliti dall'art. 7 del citato decreto legislativo.

L'interessato chiede l'iscrizione al corso nella sede e nelle date indicate di seguito:

SEDE DEL CORSO: _____ **DATE DEL CORSO:** _____

Si impegna altresì a provvedere al pagamento della quota d'iscrizione, pari a 150 € (esente IVA), secondo le modalità indicate nelle "Condizioni", facendo pervenire copia dell'avvenuto pagamento all'ente organizzativo, almeno / giorni feriali prima dell'avvio del corso.

Data _____ **Firma dell'interessato** _____

CONDIZIONI

1. L'iscrizione al corso di formazione è formalizzata mediante compilazione e accettazione della presente scheda e si perfeziona con il pagamento della quota d'iscrizione.
2. La scheda d'iscrizione al corso di formazione deve essere inviata all'indirizzo mail formazione@cascinabianca.org
3. La cooperativa Sociale Cascina Bianca si impegna ad erogare il corso di formazione al raggiungimento del numero minimo di partecipanti previsto.
4. Il pagamento della quota d'iscrizione dovrà avvenire tramite bonifico bancario intestato a:
COOPERATIVA CASCINA BIANCA
BANCA ETICA
CODICE IBAN: IT08B05018 01600000011007473
CAUSALE: *Iscrizione corso di formazione Autismo e Metodologie d'intervento*

Per accettazione

Data _____ **Firma dell'interessato** _____