

Modulo di iscrizione

Corso Assistente Studio Odontoiatrico

Si prega di compilare il presente modulo in stampatello

Il/la sottoscritto/a _____

(nome e cognome)

nato/a a _____ (___) il ___/___/___ Cittadinanza: italiana straniera

Codice Fiscale _____

Residente a _____ (___), Via _____ N.Civ. _____ Cap _____

Domiciliato a _____ (___), Via _____ N.Civ. _____ Cap _____

(se diverso dalla residenza)

Telefono: _____, e-mail: _____

CHIEDE DI ESSERE AMMESSO/A

AL CORSO PER ASSISTENTE STUDIO ODONTOIATRICO - 700 ORE

E DICHIARA

- di aver compiuto i diciotto anni
- di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____
- conseguito in Italia presso il seguente Istituto Scolastico: _____
 - Paese U.E e a tal fine allega traduzione asseverata e/o dichiarazione di valore
 - Paese extra U.E e a tal fine allega traduzione asseverata e dichiarazione di valore
- anno di conseguimento _____
- di essere, al momento della presentazione della domanda:
 - Disoccupato/a
 - Occupato/ a (_____)
 - Occupato/a in qualità di assistente presso uno studio odontoiatrico

DICHIARA INOLTRE DI ACCETTARE

- che il corso di Assistente Studio Odontoiatrico viene organizzato e gestito da APFVALTELLINA in collaborazione con ANDI Sezione di Sondrio per una durata complessiva di 700 ore in presenza erogate secondo il calendario pubblicato sul sito www.apfvaltellina.it ;



- le modalità di pagamento esplicitate nella tabella in calce a questa pagina;
- che APFVALTELLINA può richiedere integrazioni alla documentazione presentata;
- che per ottenere l'attestato è richiesta:
 - la frequenza di almeno il 90% delle ore di lezione previste sulla base del calendario del corso, comprese le ore di tirocinio;
 - la partecipazione e il superamento di un esame finale con commissione mista interna ed esterna;
- nel caso di mancato superamento della prova d'esame non si ha diritto al rimborso della quota di adesione o condizioni di favore per l'iscrizione a successive edizioni dell'attività formativa;
- il periodo del tirocinio previsto nel percorso sarà calendarizzato sulla base delle esigenze dello studio odontoiatrico che ospiterà il tirocinante;
- che gli iscritti che non avranno saldato l'intero importo previsto o che non avranno frequentato il numero minimo di ore necessarie non verranno ammessi all'esame finale;
- che in caso di ritiro, a corso già avviato, gli importi versati non saranno rimborsati;
- che per il corso in oggetto è prevista la convalida delle presenze attraverso l'identità digitale del corsista. (Si richiede pertanto che il corsista sia in possesso dello SPID e scarichi sul proprio smartphone l'applicazione FirmaLom.)

Rateizzazione dei pagamenti		
Iscrizione entro 26/11/2024	Prima rata entro 10/02/2025	Seconda rata entro 05/05/2025
500 EURO	700 EURO	700 EURO

Modalità di pagamento:

Bonifico Bancario intestato a: **APF VALTELLINA Azienda di Promozione e Formazione della Valtellina**
presso **Banca Crédit Agricole Italia**

Codice **IBAN**: IT 76 W 06230 11010 000016113228

Causale: Cognome e nome - CORSO ASO

Si allega alla presente:

- fotocopia del documento di identità;
- fotocopia del codice fiscale / tessera sanitaria;
- fotocopia del permesso di soggiorno (per i cittadini stranieri)
- fotocopia del titolo di studio;
- traduzione asseverata / dichiarazione di valore del titolo di studio se conseguito all'estero.

APF Valtellina
azienda di promozione e formazione

APF Valtellina - Azienda di Promozione e Formazione della Valtellina

Sede Legale: Via C. Besta, 3 - 23100 Sondrio # P.IVA/C.F. 00867240145 Tel. 0342515290 Fax 0342513319

Sede Vallesana: Via A. Zubiani, 37 - 23035 Sondalo Tel. 0342801551 Fax 03421590182

info@apfvaltellina.it - www.apfvaltellina.it

Il/La sottoscritto/a dichiara, ai sensi del D.P.R. 445/2000, che quanto sopra esposto corrisponde a verità e autorizza, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, il trattamento dei propri dati personali.

Luogo, li _____ Firma (leggibile) _____
(nome e cognome)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a _____

ACCONSENTE

ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. Lgs. n. 196/2003 e del Reg.UE 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali e all'uso di video e immagini della propria persona.

Il titolare del trattamento dei dati e immagini della persona è APF VALTELLINA – Azienda di Promozione e Formazione della Valtellina, nella persona del Legale Rappresentante Dott. Evaristo Pini.

L'informativa sulla privacy, per quanto non qui specificato ed in particolar modo per l'esercizio dei diritti degli interessati, è disponibile sul sito <https://www.apfvaltellina.it/privacy-policy>.

Luogo, li _____ Firma (leggibile) _____
(nome e cognome)

ALLERGIE E INTOLLERANZE ALIMENTARI

Gli alimenti e le bevande preparati messi a disposizione all'interno del Centro di Formazione potrebbero contenere (anche per contaminazione non volontaria) sostanze che possono provocare allergie o intolleranze, in particolare: cereali contenenti glutine, crostacei, uova, pesce, arachidi, soia, latte (incluso lattosio), frutta a guscio, sedano, senape, semi di sesamo, anidride solforosa e solfiti, lupini, molluschi.

I soggetti allergici/intolleranti sono invitati a non consumare cibi/bevande preparati/somministrati all'interno del Centro di formazione.

Luogo, li _____ Firma (leggibile) _____
(nome e cognome)