

SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDE 10 NOVEMBRE 2022 ORE 13:00

Al Comune di Pauli Arbarei
Ufficio Socio Culturale
Alla Responsabile del Servizio
09020 PAULI ARBAREI (SU)

OGGETTO: Richiesta per l'assegnazione di contributi per l'abbattimento dei costi di frequenza per corsi di formazione professionale profilo " Operatore Socio Sanitario" finalizzati all'inclusione sociale e lavorativa - (Deliberazione di G.M. n. 63 del 14/09/2022).

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ prov. _____ residente a _____

in via _____ n. _____ cap. _____ prov. _____

Tel. _____ C.F. _____

indirizzo e-mail _____

Indirizzo presso il quale si intende ricevere la corrispondenza (solo se diverso dall'indirizzo di residenza)

consapevole delle sanzioni e della decadenza dei benefici previste dagli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazioni false;

CHIEDE

Di essere ammessa/o a fruire dei *contributi per l'abbattimento dei costi di frequenza per corsi di formazione professionale profilo " Operatore Socio Sanitario" finalizzati all'inclusione sociale e lavorativa* - (Deliberazione di G.M. n. 63 del 14/09/2022).

a tal fine **DICHIARO** sotto la mia responsabilità

[] di essere in possesso dei seguenti requisiti di ammissibilità:

- essere iscritta/o al centro per l'impiego di _____, ovvero avere un'occupazione precaria o flessibile (es. part-time, lavoro parasubordinato, contratto a chiamata ecc.);
- aver adempiuto all'obbligo scolastico/formativo;

[] di essere iscritta/o ad un corso professionalizzante di Operatore Socio-Sanitario (OSS) realizzato da Agenzie formative accreditate dalla Regione Sardegna, con riferimento al periodo di iscrizione tra il 01 gennaio 2022 e il 30 ottobre 2022;

[] che il corso formativo si svolgerà dal _____ al _____;

[] che il costo complessivo del corso formativo ammonta a € _____ (comprensivo dell'IVA se dovuta) come da preventivo/i allegato/i alla presente redatto/i dall'Ente formativo;

[] di non avere richiesto ad altri enti pubblici altri supporti economici per sostenere il costo del medesimo corso;

[] che il valore dell' ISEE ordinario riferito al nucleo familiare di appartenenza in corso di validità è pari a € _____, come da Dichiarazione Sostitutiva Unica/Attestazione allegata;
[] di aver già provveduto al pagamento dell'importo di € _____per _____.

Il sottoscritto chiede che i pagamenti per il contributo assegnato siano effettuati con accredito sul c.c. intestato a _____

Banca _____

Filiale _____

IBAN: _____

N.B.: condizioni per l'erogazione del contributo:

- Il contributo copre esclusivamente le spese connesse all'iscrizione e frequenza del corso formativo.

Si allega la seguente documentazione:

- ☐ Copia del Documento di Identità del firmatario la richiesta di ammissione al contributo
- ☐ Brochure relativa al corso formativo
- ☐ Copia certificazione di avvenuta iscrizione
- ☐ Preventivo di spesa rilasciato dall'Ente di Formazione
- ☐ Eventuale documentazione comprovante i pagamenti già avvenuti
- ☐ Copia attestazione ISEE rilasciata nell'anno 2022.

Letto, riconfermato e sottoscritto Il/la Dichiarante _____

Pauli Arbarei, (data) _____

INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ART. 13-14 DEL GDPR (GENERAL DATA PROTECTION REGULATION) 2016/679

Informativa sul trattamento dei dati personali (REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 27 aprile 2016). Il Comune di Pauli Arbarei, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, informa che i dati conferiti, anche con autocertificazione, sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini dell'erogazione del contributo, che altrimenti non potrebbe essere attribuito. I dati verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo, con modalità anche informatizzate o telematiche a ciò strettamente funzionali, da parte, oltre che del titolare del trattamento, da altre Amministrazioni centrali, regionali o locali, designati responsabili del trattamento dei dati personali, nonché degli incaricati del trattamento. I diritti ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679 (accesso, aggiornamento, cancellazione, trasformazione, ecc.), potranno essere esercitati rivolgendosi al Comune di Pauli Arbarei.

Responsabile della protezione dei dati: Fondazione Logos PA - fondazioneelogospa@lepgpec.it

Io sottoscritta/o.....,

nata/o.....il.....

alla luce dell'informativa ricevuta, che dichiaro di avere letto e compreso:

☐ esprimo il consenso ☐ non esprimo il consenso (il mancato consenso al trattamento dei dati comporta l'impossibilità di proseguire il procedimento) al trattamento dei miei dati personali.

Luogo, data,.....

Firma richiedente _____