

Modulo di iscrizione

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____, residente a _____ provincia _____
Via _____ n° _____ CAP _____ Tel _____
e-mail _____ altri recapiti _____

dopo aver preso visione delle Linee Guida per il Corso di Specializzazione per Operatore Sociale per le Dipendenze e del relativo programma

CHIEDE

Di essere iscritto al Corso che si terrà presso il Comitato Locale/Regionale di _____
nel periodo _____.

A TAL FINE E SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' DICHIARA

di voler a partecipare al suddetto corso per le seguenti motivazioni:

Di essere in possesso dei seguenti titoli di studio (indicare titoli di studio e qualifiche in proprio possesso e corsi di qualificazione o specializzazione che interessino le tematiche di interesse)

Di conoscere le seguenti lingue straniere:

Di aver svolto i seguenti corsi di formazione C.R.I. ed essere in possesso dei requisiti per la partecipazione evidenziati nelle linee guida

Di avere svolto le seguenti esperienze professionali o di volontariato (in C.R.I o presso altre associazioni) inerenti le tematiche oggetto del corso

Di essere a conoscenza che la frequenza al corso è obbligatoria per poter avere accesso alla valutazione finale e che il conseguimento della qualifica è subordinato al superamento con profitto del successivo tirocinio

Di impegnarsi a comunicare alla segreteria del Comitato Regionale di appartenenza ogni variazione relativa alle notizie fornite nel presente modulo, per permettere l'aggiornamento dell'Albo di qualifica
--

Che ogni ed relativa comunicazione dovrà essere inviata al seguente indirizzo:

Data, _____

Firma

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

Il sottoscritto _____ autorizza l'Associazione della Croce Rossa Italiana al trattamento dei dati personali in conformità alle disposizioni di legge sulla privacy (Regolamento UE 679/2016) limitatamente all'uso di esclusiva competenza delle attività istituzionali ed operative dell'Associazione.

Data, _____

Firma

Visto per presa visione Presidente del Comitato di appartenenza

Nome e Cognome _____

Firma
