



## MODULO DI PRESCRIZIONE

Mod. 7.2.1.1 Rev. del 10.03.2016

# CORSO DI FORMAZIONE PER OPERATORE SOCIO-SANITARIO

Riferimenti normativi: Legge n. 845/78 - L.R. n. 18/85 - Conferenza Stato-Regioni del 22.02.2001 - D.G.R. n. 167/2016

### IL SOTTOSCRITTO:

COGNOME	NOME
NATO A	IL
RESIDENTE A	VIA/PIAZZA
CODICE FISCALE	TEL.
TITOLO DI STUDIO	E-MAIL

presa visione di tutte le informazioni di carattere amministrativo e didattico relative allo svolgimento del corso scelto

### CHIEDE DI ESSERE PRESCRITTO AL SEGUENTE CORSO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE:

CORSO DI QUALIFICA PER OPERATORE SOCIO-SANITARIO

### CONDIZIONI GENERALI

#### 1. EFFICACIA

Il presente modulo di prescrizione, debitamente compilato in ogni sua parte e sottoscritto dal richiedente, unitamente ad una copia di un valido documento di riconoscimento ed alla ricevuta di versamento della quota di prescrizione, dovrà essere consegnato a mano presso la segreteria della CIESSEFORM o trasmesso a mezzo raccomandata A/R, fax o e-mail. La data di arrivo del presente modulo determinerà la priorità di iscrizione.

L'iscrizione al corso di formazione professionale scelto si perfezionerà solo dopo aver regolarmente effettuato la prescrizione ed a seguito dell'accettazione, da parte della CIESSEFORM, del contratto di iscrizione debitamente compilato in ogni sua parte e sottoscritto dal richiedente. Resta inteso che in caso di mancata accettazione la CIESSEFORM provvederà a restituire l'intera quota di prescrizione senza che il richiedente abbia nulla a pretendere per qualsiasi titolo o ragione.

#### 2. QUOTA DI PRESCRIZIONE E MODALITA' DI PAGAMENTO

La quota di prescrizione ammonta ad € 180,00 e dovrà essere versata a mezzo:

- bonifico bancario a favore di: Associazione CiesseForm - CODICE IBAN: IT61H0760116200001031390238 (causale: prescrizione);
- bollettino di c/c postale a favore di: Associazione CiesseForm - C/C n. 1031390238 (causale: prescrizione);
- contanti.

Una volta perfezionata l'iscrizione, la quota di prescrizione sarà decurtata dal corrispettivo del corso.

#### 3. RECESSO

Il richiedente ha facoltà di recedere dalla presente prescrizione mediante comunicazione scritta da far pervenire all'indirizzo della sede legale della CIESSEFORM a mezzo raccomandata A/R entro e non oltre 10 (dieci) giorni dalla sottoscrizione del presente modulo. L'esercizio della facoltà di recesso nei termini e nei modi sopra indicati darà diritto alla restituzione della quota di prescrizione. In caso di esercizio della facoltà di recesso dopo tale termine il richiedente perderà ogni diritto ad ottenere la restituzione, anche parziale, dell'intera quota di prescrizione.

#### INFORMATIVA PRIVACY - GDPR 2016/679

Il trattamento dei Suoi dati personali verrà svolto esclusivamente per l'istanza formulata e per ogni finalità connessa. I Suoi dati personali non saranno comunicati o diffusi a terzi ed in qualsiasi momento potrà esercitare il diritto di accesso, aggiornamento e cancellazione.

Allega:

- Copia documento di riconoscimento
- Copia ricevuta di versamento della quota di prescrizione

LUOGO E DATA	
--------------	--

_____	_____
FIRMA DEL RICHIEDENTE	FIRMA DEL GENITORE O DI CHI NE FA LE VECI (SE MINORENNE)

#### ASSOCIAZIONE CIESSEFORM - Scuola di Formazione Professionale

Sede Legale: Via Metaponto, 100 - 87064 Corigliano Rossano (CS)

Sede Formativa: Via Paola, s.n. - 87064 Corigliano Rossano (CS)

Tel/Fax: 0983/888383 - e-mail: [info@ciesseformazione.it](mailto:info@ciesseformazione.it) - [www.ciesseformazione.com](http://www.ciesseformazione.com)