

Allegato C

Anno

DOMANDA DI ISCRIZIONE

REGIONE TOSCANA

(SCRIVERE IN STAMPATELLO)

A cura dell'Ente Attuatore

TITOLO DELL'AZIONE PERCORSI PER LA CURA ED IL SOSTEGNO FAMILIARE DI PERSONE AFFETTE DA DEMENZA.

MATRICOLA 2024AP0084

ENTE ATTUATORE Azienda USL Toscana Nord Ovest - Zona Distretto Versilia

...I... sottoscritto/a nato/a il
giorno mese anno
a (.....) Stato codice fiscale
Comune prov.

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ E DELLE PENE STABILITE DALLA LEGGE PER FALSE ATTESTAZIONI E MENDACI DICHIARAZIONI, SOTTO LA SUA PERSONALE RESPONSABILITÀ (ARTT. 48-76 D.P.R. 28/12/2000, N°445)

DICHIARA

- di essere di sesso ☒ M ☐ F – di avere cittadinanza:

di risiedere in via/piazza n. comune C.A.P. provincia

telefono prefisso numero cellulare
prefisso numero

di far parte del seguente gruppo vulnerabile:

- ☐ 01. Persone disabili
☐ 02. Altro tipo di vulnerabilità

- di essere in possesso del titolo di studio di:

- ☐ 00. Nessun titolo
☐ 01. Licenza elementare/Attestato di valutazione finale
☐ 02. Licenza media /Avviamento professionale
☐ 03. Titolo di istruzione secondaria di II grado (scolastica o formazione professionale) che non permette l'accesso all'università (qualifica di istituto professionale, licenza di maestro d'arte, abilitazione all'insegnamento nella scuola materna, attestato di qualifica professionale e diploma professionale di Tecnico (iefp), Qualifica professionale regionale di I livello (post-obbligo, durata => 2 anni)
☐ 04. Diploma di istruzione secondaria di II grado che permette l'accesso all'università
☐ 05. Qualifica professionale regionale post-diploma, certificato di specializzazione tecnica superiore (IFTS)
☐ 06. Diploma di tecnico superiore (ITS)
☐ 07. Laurea di I livello (triennale), diploma universitario, diploma accademico di I livello (AFAM)
☐ 08. Laurea magistrale/specialistica di II livello, diploma di laurea del vecchio ordinamento (4-6 anni), diploma accademico di II livello (AFAM o di conservatorio, accademia di belle arti, accademia d'arte drammatica o di danza, ISIAE vecchio ordinamento)
☐ 09. Titolo di dottore di ricerca

- di essere nella seguente condizione occupazionale:

☒ Inattivo diverso da studente (casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in o servizio civile, in altra condizione)

DATA.....

FIRMA DEL SOGGETTO DESTINATARIO
(o del tutore/amministratore di sostegno/procuratore del destinatario o del genitore/tutore, nel caso di minorenni)

Informativa agli interessati ex art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 “Regolamento Generale sulla protezione dei dati”

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 La informiamo che i suoi dati personali, che raccogliamo per le finalità previste dalla L.R. 32 del 26 luglio 2002 e sue successive modificazioni e dai Regolamenti Comunitari del Fondo Sociale Europeo, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente.

A tal fine le facciamo presente che:

1. La Regione Toscana- Giunta regionale è il titolare del trattamento (dati di contatto: P.zza duomo 10 - 50122 Firenze; (regionetoscana@postacert.toscana.it))
2. Il conferimento dei Suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude la partecipazione alle attività.
I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge e non saranno oggetto di diffusione.
3. I Suoi dati saranno conservati presso gli uffici del Responsabile del procedimento per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati agli atti dell'Archivio dell'Ente per il periodo di legge previsto per questa tipologia di documenti della Pubblica Amministrazione
4. Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che La riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati (dpo@regione.toscana.it).
5. Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell'Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/>)

Data.....

Firma per presa visione

.....

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ALESSANDRO CAMPANI

DATA FIRMA: 03/04/2025 15:55:02

IMPRONTA: 62633233353864383631643037633137636134393330623333363533346431366630376638643730