

Sostegno alle persone da assistere presso il domicilio - Assistente familiare
(Lucca, febbraio 2025 – maggio 2025)

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Indirizzo _____ Città _____

Prov. _____ CAP _____ Codice Fiscale _____

Tel. _____ Cell _____ E-mail _____

Titolo di studio _____ Professione _____

...I...sottoscritt... dichiara di essere a conoscenza che l'accettazione della presente domanda è subordinata all'effettuazione del corso e al raggiungimento del numero di allievi previsto o, in caso di soprannumero, di poter essere eventualmente oggetto di una selezione.

Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa al trattamento dati personali presente sul sito www.soecoforma ed autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del GDPR – UE 2016/679, del D.Lgs 196/03 così come modificato dal D.Lgs 101/18

Data _____ Firma _____

Quota d'iscrizione: Corso Gratuito

in quanto realizzato nell'ambito del progetto di Pronto badante – zona Valle del Serchio (attuato in convenzione con l'Azienda USL Nord Ovest – zona Distretto Valle del Serchio)

Per conferma dell'adesione e accettazione delle sue modalità organizzative:

Data _____ Firma _____

Nel caso di revoca del riconoscimento da parte dell'UTR il partecipante al corso può recedere dal contratto e ottenere la restituzione della somma versata (DGR 733 /2024)