



RAGIONE SOCIALE

P.IVA

C.F.

TEL.

CELL

e-mail

CAP

INDIRIZZO.

N. CIV.

CITTÀ

PROV.

**avendo preso visione delle modalità di partecipazione al corso sul sito www.centrofor.com,
chiede l'iscrizione per il/la Signor/a**

COGNOME

NOME

CF

1

TEL.

CELL

e-mail

CITTADINANZA

DATA E LUOGO DI NASCITA _____ - _____ ()

Posizione in
azienda:☐ TITOLARE☐ SOCIO☐ COLLAB. FAM.☐ DIPENDENTE – ASSUNTO DAL

APPRENDISTA
☐ SI - ☐ NO

1

Non ha prescrizioni da parte del medico competente per svolgere la mansione oggetto del corso

Il mancato superamento del test non consentirà di proseguire con la frequenza del corso.

☐ Ha già sostenuto un test di verifica della lingua italiana almeno di livello A2*. – **Allegare copia attestato** –
* Quadro comune europeo di riferimento per la conoscenza delle lingue

☐ Già sostenuto a Centrofor

☐ Ha conseguito **IN ITALIA** un diploma di:

☐ scuola media inferiore☐ scuola media superiore o diploma di qualifica professionale

☐ diploma di laurea

☐ È in possesso di regolare PERMESSO DI SOGGIORNO LUNGO PERIODO (rilasciato dopo il 2010) – **Allegare copia documento** –

LUOGO _____

DATA

TIMBRO DELL'IMPRESA E FIRMA

DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

INFORMATIVA SULLA PRIVACY ai sensi dell'art. 13 del GDPR 2016/679

Utilizziamo i dati aziendali raccolti esclusivamente per finalità amministrative, contabili e di gestione della formazione anche quando li comunichiamo a terzi. Il titolare garantisce il rispetto di quanto previsto dal Regolamento GDPR 2016/679. Titolare del trattamento è Centrofor. Potrà trovare informazioni più dettagliate, anche in ordine al diritto di accesso e agli altri diritti dell'interessato su www.centrofor.com/privacy. Il datore di lavoro dichiara di aver provveduto ad informare il lavoratore dell'avvenuta comunicazione di dati particolari (sensibili e di profilazione), a Centrofor al fine di procedere all'iscrizione di quest'ultimo al percorso formativo.

TIMBRO DELL'IMPRESA E FIRMA
DEL LEGALE RAPPRESENTANTE