

Cod. CE01

Corso di qualificazione per Educatore Professionale Socio-Pedagogico

Sedi degli esami finali attivate indipendentemente dal numero degli iscritti:

NOVEDRATE (CO), CATANIA, PALERMO, REGGIO CALABRIA, BARI, NAPOLI, ROMA, FIRENZE, PADOVA, TORINO,
CAGLIARI

La documentazione deve essere spedita a mezzo raccomandata A/R a:

**Centro Raccolta Iscrizioni
EIFORM/CULTURALMENTE
Circonvallazione Clodia, 163
00195**

Informativa ai sensi del D.Lgs 196/2003 in materia di protezione di dati personali e GDPR (Regolamento UE 2016/679)

Con la presente informativa si comunicano allo studente le finalità e le modalità del trattamento dei dati personali richiesti, le garanzie di tutela dei dati ed i diritti dell'interessato di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/2003. Le finalità del trattamento dei dati raccolti dall'UNIVERSITA' DEGLI STUDI ECAMPUS e da EIFORRM/Associazione Culturalmente sono funzionali alle attività didattiche ed amministrative: immatricolazioni, iscrizioni, accessi alla piattaforma digitale per la didattica, tracciamento automatico dei percorsi formativi, curriculum elettronico, verbali di esami, pagamenti, comunicazioni. Il trattamento dei dati è effettuato mediante strumenti elettronici, cartacei e telematici e, comunque sia effettuato, l'UNIVERSITA' DEGLI STUDI ECAMPUS ed EIFORRM/Associazione Culturalmente garantiscono le misure minime di protezione. L' Università e Culturalmente possono comunicare i dati ad altri soggetti privati o pubblici per l'espletamento delle procedure amministrative, didattiche e di ricerca in ambito nazionale ed internazionale. L'interessato ha il diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati ovvero il diritto di opporsi in tutto o in parte al trattamento dei dati facendone richiesta scritta al Titolare.

Titolare del trattamento dei dati è l'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI ECAMPUS, via Isimbardi,10 –NOVEDRATE (CO) .

Il contitolare è EIFORRM/Associazione Culturalmente, Via Trento 14, 89048 Siderno (RC)

La documentazione richiesta per l'iscrizione al master dovrà essere inviata a mezzo raccomandata all'indirizzo:

Centro Raccolta EIFORM/CULTURALMENTE - Circonvallazione Clodia, 163 - 00195 ROMA

(Art. 46- dichiarazioni sostitutive di certificazioni ; Art. 47 –
dichiarazioni sostitutive di atti di notorietà)

__sottoscritt__(cognome)_____ (nome)_____
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

----- SEZIONE ANAGRAFICA -----

di essere nat_ a _____ (Provincia _____) il _____ di essere residente in
Via _____ Località _____
Cap. _____ Città _____ (Provincia _____)

----- SEZIONE ANAGRAFE NAZIONALE STUDENTI -----

di NON essersi mai immatricolato al Sistema Universitario Italiano

OPPURE

- di essersi immatricolato per la prima volta al Sistema Universitario Italiano in data _____
 di essersi immatricolato ad un corso Pre Riforma D.M. 509/99 (Diploma Universitario, Laurea Vecchio Ordinamento e di aver concluso la carriera con: Conseguimento Titolo Finale Rinuncia Decadenza
 di essersi immatricolato ad un corso Post Riforma D.M. 509/99 e s.m. (Laurea 1° Livello, Laurea Magistrale, Laurea Specialistica) e di aver concluso la carriera con: Conseguimento Titolo Finale Rinuncia

----- SEZIONE TITOLI -----

- di non essere iscritto ad altro corso di studi di questa o di altra Università;
 di essere in possesso del Diploma di Istruzione Superiore in _____
conseguito presso l'Istituto _____ via _____
Città _____ (Prov. _____) nell'anno scolastico _____ con voti ____ / e
di aver frequentato l'anno integrativo presso l'istituto _____
Città _____ (Prov. _____) Via _____
nell'anno scolastico _____ con voti ____ / ____
 di essere in possesso del titolo universitario: Laurea (Laurea 1° Livello) Diploma Universitario
 Laurea Magistrale Laurea vecchio ordinamento
 Laurea Specialistica
in _____ conseguito presso l'Università degli Studi di _____
in data _____ con voti ____ / ____

----- ULTERIORI CERTIFICAZIONI -----

- di essere studente diversamente abile con % di invalidità riconosciuta pari a ____ tipo disabilità _____
 di svolgere almeno dal 1° gennaio 2006 e da almeno 8 mesi attività lavorativa : Autonoma Dipendente
presso _____ Indirizzo _____
Città _____ (Prov. _____) Cap. _____ Tel. _____

La presente dichiarazione si compone di numero 1 (una) pagina.

_____, _____, _____
(Luogo) (Data) (Firma)

Informativa D.lgs n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) I dati personali dichiarati dallo studente saranno trattati esclusivamente per le finalità della presente procedura e degli eventuali procedimenti connessi.