

## MODULO ANAGRAFICA

Corso di formazione professionale autofinanziato per il conseguimento della Qualifica/Certificazione

### ASSISTENTE DI STUDIO ODONTOIATRICO (ASO) 700h Livello EQF 4

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
in via/P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Cell. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

di essere inserito/a nelle lista di pre-iscrizione al prossimo corso di formazione per "ASSISTENTE DI STUDIO ODONTOIATRICO (ASO) DI 700 ore" conforme all'Accordo Stato Regioni n. 209/CSR del 23/11/2017 e al DPCM del 9 febbraio 2018, che ne individua gli standard professionali e formativi e inserita dalla Regione Autonoma della Sardegna nel Repertorio Regionale dei Profili di Qualificazione (profilo 56235), in attesa di autorizzazione in regime di autofinanziamento dalla RAS con apposita determinazione.

A tale scopo, consapevole delle sanzioni anche penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dagli articoli 75 e 76 DPR 445/2000,

#### DICHIARA

di possedere il Diploma in \_\_\_\_\_ conseguito nell'anno \_\_\_\_\_  
presso l'Istituto/Liceo \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
 di possedere Qualifica professionale triennale rilasciata nell'ambito dei percorsi di Istruzione e Formazione Professionale o qualifica professionale del Sistema Regionale delle Qualifiche \_\_\_\_\_

-----

**INFORMATIVA PRIVACY:** Il sottoscritto autorizza espressamente il trattamento dei dati contenuti nel presente modulo di iscrizione ai sensi del Regolamento UE 676/2016 (GDPR Privacy).

Data

Firma per esteso (leggibile)