

08. Autonomo
 09. Altro tipo di contratto

POSIZIONE PROFESSIONALE

Lavoro dipendente

1. dirigente
 2. direttivo - quadro
 3. impiegato o intermedio
 4. operaio, subalterno e assimilati

Lavoro autonomo

7. imprenditore
 8. libero professionista
 9. lavoratore in proprio
 10. socio di cooperativa
 11. coadiuvante familiare

SEZIONE "C" – DISOCCUPATO, IN MOBILITÀ O C.I.G. STRAORDINARIA

- di essere disoccupato, 1. da meno di 6 mesi 2. da 6 a 11 mesi
in mobilità o C.I.G.: 3. da 12 a 24 mesi 4. da oltre 24 mesi

...I...sottoscritt... dichiara infine 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 essere oggetto di una selezione. – allegati n. come richiesto dal bando di ammissione.

Per i minori di 18 anni firma del genitore o di chi ne esercita la patria potestà

DATA.....

FIRMA DEL RICHIEDENTE

.....

Informativa della Regione Toscana agli interessati ai sensi del 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 in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

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 (urp_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

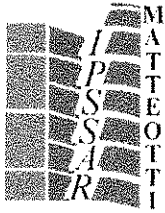
.....

Firma per consenso esplicito per il conferimento di particolari dati personali relativi alle condizioni di vulnerabilità (obbligatorio nel caso si sia barrata una o più voci delle categorie da 1 a 13)

Data.....

Firma per presa visione

.....



ISTITUTO PROFESSIONALE DI STATO PER I SERVIZI
ALBERGHIERI, E DELLA RISTORAZIONE

GIACOMO MATTEOTTI

Via Garibaldi 194, 56124 – PISA tel. 05094101 – fax 050941031
sito web: www.matteotti.it – email: pirh01000d@istruzione.it; pirh01000d@pec.istruzione.it

CTS – Centro Territoriale di Supporto
www.cts-pisa.it – email: ctsmatteotti@matteotti.it



CONTRATTO di FORNITURA ATTIVITA' RICONOSCIUTA
"FORMAZIONE OBBLIGATORIA PER ADDETTI ATTIVITA' ALIMENTARI COMPLESSE"
DGR 894/2017 - Ag Formativa IS0009 Accreditata dalla regione Toscana con Delibera N°15369 del 02/10/2018

l'Agenzia Formativa "IPSSAR G. MATTEOTTI", indirizzo via G. Garibaldi 194, cap. 56124 città Pisa Provincia Pisa, tel. 050-941026 e-mail servizids@matteotti.it, fax 050-941031, legale rappresentante prof. Salvatore Caruso, Codice Fiscale CRSSVT60C13A522Z (di seguito indicata solo col termine "Agenzia") codice di accreditamento regionale IS0009, ai sensi della normativa in materia di accreditamento degli organismi formativi ai sensi della DGR 894/2017)

_____ e
il/la Signor/ra (nome e cognome del partecipante) _____ nato/a
_____ il _____ (di seguito indicato solo col termine "partecipante"),

si conviene e si stipula quanto segue

1. L'avvio del corso è subordinato al raggiungimento del numero minimo di allievi previsto; nel caso tale numero non venga raggiunto sarà cura dell'Amministrazione contattare il candidato e procedere alla restituzione della quota di partecipazione;
2. L'iscrizione è considerata valida a tutti gli effetti solo se redatta su modulistica Regionale e corredata da ricevuta di pagamento da effettuare con bonifico bancario **IBAN IT 26 M 05034 14027 000000121346 Banco Popolare Ag. 7**; la domanda di iscrizione è parte integrante e sostanziale del presente contratto.
3. E' possibile la rescissione del contratto con restituzione della somma pagata fino a 5 (cinque) giorni prima della data di inizio del corso presentando la ricevuta di pagamento e disdetta scritta; successivamente non verrà riconosciuto alcun rimborso.
4. L'attestato di frequenza viene rilasciato alla fine del corso al soggetto che ha frequentato almeno l'70% delle ore complessive del corso di formazione (art. 15 DGR 559/2008) ed ha superato i test in uscita previsti.
5. Il costo totale del corso è di € **100,00** e comprende: iscrizione, frequenza, assicurazione contro gli infortuni e rischi civili contro terzi.
6. In caso di controversia derivante dal presente contratto la competenza giuridica è il Foro del luogo di stipula del contratto stesso.
7. E' prevista la restituzione del costo sostenuto per la partecipazione al corso in caso di revoca del riconoscimento da parte della Regione Toscana.

Il presente contratto si compone di numero 1 (una) pagina, e dei seguenti allegati:

- Domanda di iscrizione al corso;

Il contraente del presente contratto con la firma in calce autorizza l'Amministrazione al trattamento dei dati personali per fini strettamente istituzionali, ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016.

Letto, approvato e sottoscritto.

Pisa, _____

Il Responsabile del Corso
Prof. Salvatore Caruso
(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi
e per effetti dell'art.3, c. D.Lgs n. 39/93)

Firma del partecipante _____

Il compilatore: L.L.



Agenzia Formativa Certificata "IPSSAR G. Matteotti"

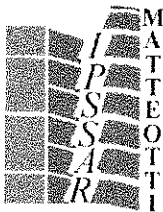
Cert. N. 627 Norma UNI EN ISO 9001:2015

Attività: Progettazione e realizzazione di progetti di formazione e orientamento

Iscrizione al corso		Data: ___/___/___
Cognome e nome del corsista		

INDAGINE					
A. SONO VENUTO A CONOSCENZA DEL CORSO TRAMITE:					
A.1 Passaparola da conoscenti	<input type="checkbox"/>				
A.2 Dal Sindacato	<input type="checkbox"/>				
A.3 Dal Centro per l'impiego	<input type="checkbox"/>				
A.4 Dall'Informagiovani	<input type="checkbox"/>				
A.5 Dal sito della scuola	<input type="checkbox"/>				
A.6 Altro: specificare.....	<input type="checkbox"/>				
B. MI INTERESSEBBE PARTECIPARE AD UN CORSO DI:					
B.1 Degustazione olio	<input type="checkbox"/>				
B.2 Caffetteria Cafè Art	<input type="checkbox"/>				
B.3 Cocktail e Free Style	<input type="checkbox"/>				
B.4 Lavorazione del cioccolato	<input type="checkbox"/>				
B.5 Preparazione di gelateria	<input type="checkbox"/>				
B.6 La cucina locale	<input type="checkbox"/>				
B.7 Altro: specificare					

Osservazioni e proposte



ISTITUTO PROFESSIONALE DI STATO PER I SERVIZI
ALBERGHIERI, E DELLA RISTORAZIONE

GIACOMO MATTEOTTI

Via Garibaldi 194, 56124 – PISA tel. 05094101 – fax 050941031
sito web: www.matteotti.it – email: pirh01000d@istruzione.it; pirh01000d@pec.istruzione.it

CTS – Centro Territoriale di Supporto
www.cts-pisa.it – email: ctsmatteotti@matteotti.it



CONTRATTO di FORNITURA ATTIVITA' RICONOSCIUTA
“FORMAZIONE OBBLIGATORIA PER ADDETTI ATTIVITA' ALIMENTARI COMPLESSE”
DGR 894/2017 - Ag Formativa IS0009 Accreditata dalla regione Toscana con Delibera N°15369 del 02/10/2018

l'Agenzia Formativa "IPSSAR G. MATTEOTTI", indirizzo via G. Garibaldi 194, cap. 56124 città Pisa Provincia Pisa, tel. 050-941026 e-mail servizids@matteotti.it, fax 050-941031, legale rappresentante prof. Salvatore Caruso, Codice Fiscale CRSSVT60C13A522Z (di seguito indicata solo col termine "Agenzia") codice di accreditamento regionale IS0009, ai sensi della normativa in materia di accreditamento degli organismi formativi (DGR 894/2017)

e
il/la Signor/ra (nome e cognome del partecipante) _____ nato/a
_____ il _____ (di seguito indicato solo col termine "partecipante"),

si conviene e si stipula quanto segue

1. L'avvio del corso è subordinato al raggiungimento del numero minimo di allievi previsto; nel caso tale numero non venga raggiunto sarà cura dell'Amministrazione contattare il candidato e procedere alla restituzione della quota di partecipazione;
2. L'iscrizione è considerata valida a tutti gli effetti solo se redatta su modulistica Regionale e corredata da ricevuta di pagamento da effettuare con bonifico bancario IBAN IT 26 M 05034 14027 000000121346 Banco Popolare Ag. 7; la domanda di iscrizione è parte integrante e sostanziale del presente contratto.
3. E' possibile la rescissione del contratto con restituzione della somma pagata fino a 5 (cinque) giorni prima della data di inizio del corso presentando la ricevuta di pagamento e disdetta scritta; successivamente non verrà riconosciuto alcun rimborso.
4. L'attestato di frequenza viene rilasciato alla fine del corso al soggetto che ha frequentato almeno l'70% delle ore complessive del corso di formazione (art. 15 DGR 559/2008) ed ha superato i test in uscita previsti.
5. Il costo totale del corso è di € 100,00 e comprende: iscrizione, frequenza, assicurazione contro gli infortuni e rischi civili contro terzi.
6. In caso di controversia derivante dal presente contratto la competenza giuridica è il Foro del luogo di stipula del contratto stesso.
7. E' prevista la restituzione del costo sostenuto per la partecipazione al corso in caso di revoca del riconoscimento da parte della Regione Toscana.

Il presente contratto si compone di numero 1 (una) pagina, e dei seguenti allegati:

- Domanda di iscrizione al corso;

Il contraente del presente contratto con la firma in calce autorizza l'Amministrazione al trattamento dei dati personali per fini strettamente istituzionali, ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016.

Letto, approvato e sottoscritto.

Pisa, _____

Il Responsabile del Corso
Prof. Salvatore Caruso
(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi
e per effetti dell'art.3, c. D.Lgs n. 39/93)

Firma del partecipante _____

Date corso	
Orario	15.00 – 19.00
Aula	244

DA CONSEGNARE AL COMMITTENTE

Il compilatore: L.L.



Agenzia Formativa Certificata "IPSSAR G. Matteotti"

Cert. N. 627 Norma UNI EN ISO 9001:2015

Attività: Progettazione e realizzazione di progetti di formazione e orientamento