



CENTRO DI PSICOLOGIA CLINICA

Organismo di formazione e orientamento riconosciuto dalla Regione Abruzzo
DPG 008/74 del 28/09/2016 e DPG 008/184 del 27/12/2019
Via Paolini, 102 Pescara 65124 Tel./Fax 085-4211986
e-mail cpc.pescara@gmail.com <http://www.formazioneorientamento.it>

Modulo per iscrizione **CORSO DI ASSISTENTE ALL'AUTONOMIA E ALLA COMUNICAZIONE DEI DISABILI** **2° edizione 2022/2023**

Al Direttore dell'Ente di Formazione Professionale, autorizzato dalla regione Abruzzo con Determinazione Dirigenziale DPG 008/74 del 28/09/2016 e successiva integrazione con inserimento ambito orientamento DPG 008/184 del 27/12/2019, Dr Carlo Di Berardino

Corso di Assistente all'autonomia e alla comunicazione dei disabili ed. 2

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____
tel. _____ indirizzo email _____
in possesso del titolo di studio in _____
conseguito presso _____ con votazione _____

CHIEDE:

Di iscriversi al Corso di Assistente all'autonomia ed alla comunicazione dei disabili ed.2

Allega alla presente:

- Curriculum vitae;
- Copia del bonifico della quota di iscrizione di € 400,00 (per chi si iscrive entro il 31/10/2022, iscrizione € 300,00) ;



CENTRO DI PSICOLOGIA CLINICA

Organismo di formazione e orientamento riconosciuto dalla Regione Abruzzo

DPG 008/74 del 28/09/2016 e DPG 008/184 del 27/12/2019

Via Paolini, 102 Pescara 65124 Tel./Fax 085-4211986

e-mail cpc.pescara@gmail.com <http://www.formazioneorientamento.it>

IN PARTICOLARE ACCETTA LE SEGUENTI CONDIZIONI:

- Il costo del corso è di € 1.400,00
- Di provvedere al pagamento della prima rata di € 400,00 al momento dell'iscrizione;
- Per iscrizioni effettuate entro 31/10/2022 si applica un'agevolazione e la quota iscrizione è di € 300,00 ;
- Di versare la restante somma in n° 4 rate complessive da € 250,00 con cadenza mensile a partire dal mese successivo all'avvio del corso e comunque non oltre il termine di chiusura del corso.
- In caso di rinuncia durante lo svolgimento del corso, le rate già versate non verranno restituite. In caso di iscrizioni effettuate, qualora non si raggiungesse il numero minimo di 10 iscritti per classe, l'utente può decidere se attendere lo start di una successiva edizione o richiedere la quota di iscrizione versata;
- Condizioni di ammissione all'esame finale: frequenza di almeno il 70% delle ore complessive del percorso formativo.

I pagamenti possono essere effettuati tramite bonifico bancario su :

IBAN: IT05 J054 2415 4100 0000 0277 516

della banca popolare di Bari, Agenzia di Pescara, Corso Vittorio Emanuele.

In Fede, _____

Luogo, Data



CENTRO DI PSICOLOGIA CLINICA

Organismo di formazione e orientamento riconosciuto dalla Regione Abruzzo

DPG 008/74 del 28/09/2016 e DPG 008/184 del 27/12/2019

Via Paolini,102 Pescara 65124 Tel./Fax 085-4211986

e-mail cpc.pescara@gmail.com <http://www.formazioneorientamento.it>

MANIFESTAZIONE DI CONSENSO INFORMATO AI SENSI DELL'ART. 23 DGL 196 DEL 30 GIUGNO 2003 e DEL GDPR 2016/679

Il sottoscritto _____ autorizza, ai sensi della legge n°196/2003 e successive integrazioni e in base al GDPR 2016/679, il CPC ad utilizzare i dati qui forniti, nel rispetto delle norme di sicurezza e di segretezza professionale, per le seguenti finalità: trattamento ai fini di elaborazione ed analisi, comunicazioni agli Enti pubblici o privati per rispettare gli obblighi di legge; invio di materiale e comunicazioni riguardo azioni formative.

Il consenso qui espresso ha validità fino a contraria comunicazione scritta e firmata del sottoscritto.

Data

Firma