

## ASSISTENTE DI STUDIO ODONTOIATRICO (ASO)

Sono previsti corsi di diversa durata a seconda delle caratteristiche e dei requisiti di esperienza dei partecipanti (DGR 1849/18), barrare corso di interesse:

 **Corso 700 ore** **Corso 320 ore** **Corso 280 ore**

Percorso di formazione base (700 ore): Operazione **RIF.PA 2012-10838/RER** autorizzata con DGR n. 21461 del 20/12/2018 dalla Regione Emilia-Romagna. Per i percorsi brevi (280 e 320 ore): Operazione **RIF.PA 2012-10895/RER** autorizzata con DGR n. 1062 del 23/01/2019 dalla Regione Emilia-Romagna.

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Data nascita \_\_\_\_\_ Comune Nascita \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Sesso M  F 

Nazionalità \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Residente in Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

N. Telefonico \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

E-Mail (STAMPATELLO) \_\_\_\_\_

se il domicilio attuale è diverso dalla residenza

Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

FOTO

**In possesso della patente di guida:**

- 
- SI tipo \_\_\_\_\_
- 
- 
- NO

**Automunito:**

- 
- SI
- 
- 
- NO

**A tal fine il candidato DICHIARA, sotto la propria responsabilità:**

(Le presenti dichiarazioni/informazioni sono rese ai sensi delle disposizioni di cui all'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28.12.00 per il rilascio di dichiarazioni sostitutive di certificazione e consapevole delle pene stabilite dagli articoli 495 e 496 del codice penale per false attestazioni e dichiarazioni)

**Titolo di Studio (barrare)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Qualifica professionale triennale IeFP  | <input type="checkbox"/> 8. Master post laurea triennale (o master di I livello)  |
| <input type="checkbox"/> 2. Qualifica professionale   | <input type="checkbox"/> 9. Laurea di durata superiore ai tre anni  |
| <input type="checkbox"/> 3. Diploma di scuola superiore di 2-3 anni che non consente l'iscrizione all'università                | <input type="checkbox"/> 10. Master post laurea specialistica o post laurea vecchio ordinamento (o master di secondo livello) |
| <input type="checkbox"/> 4. Diploma di scuola superiore di 4-5 che consente l'iscrizione all'università                         | <input type="checkbox"/> 11. Specializzazione post laurea (specialistica)   |
| <input type="checkbox"/> 5. Accademia di Belle Arti, Istituto Superiore Industrie Artistiche, Accademia di Arte Drammatica, ... | <input type="checkbox"/> 12. Dottorato di ricerca   |
| <input type="checkbox"/> 6. Diploma universitario o di scuola diretta fini speciali (vecchio ordinamento)                       | <input type="checkbox"/> 13. Certificato di Tecnico Superiore (Ifts)  |
| <input type="checkbox"/> 7. Laurea triennale (nuovo ordinamento)  | <input type="checkbox"/> 14. Diploma di specializzazione  |
|   | <input type="checkbox"/> 15. Abilitazione professionale   |
|   | <input type="checkbox"/> 16. Patente di mestiere  |
|   | <input type="checkbox"/> 17. Altro (specificare) _____  |

**Se cittadino straniero, specifica di possedere (barrare):**

- 
- permesso di soggiorno in regola con la normativa vigente (se cittadino EXTRA UE)
- 
- 
- dichiarazione di valore del titolo di studio

**OPPURE:**

- 
- attestazione di regolarità del soggiorno (se cittadino UE)
- 
- 
- traduzione giurata del titolo di studio

### Condizione Occupazionale (barrare)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. In cerca di prima occupazione  | <input type="checkbox"/> 5. Studente   |
| <input type="checkbox"/> 2. Occupato alle dipendenze (compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica e chi è in CIG) | <input type="checkbox"/> 6. Inattivo diverso da studente (casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in servizio di leva o servizio civile,..) |
| <input type="checkbox"/> 3. Occupato autonomo  | <input type="checkbox"/> 7. Altro _____  |
| <input type="checkbox"/> 4. Disoccupato alla ricerca di nuova occupazione (o iscritto alle liste di mobilità)          |  |

### Se occupato nell'ambito professionale della qualifica:

Azienda di appartenenza: \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_ Assunta dal (data): \_\_\_\_\_

### Tipologia di contratto (barrare)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Contratto a tempo indeterminato  | <input type="checkbox"/> 7. Contratto di collaborazione occasionale                      |
| <input type="checkbox"/> 2. Contratto a tempo determinato (carattere non stagionale; carattere stagionale) | <input type="checkbox"/> 8. Contratto di associazione in partecipazione                  |
| <input type="checkbox"/> 3. Contratto di formazione e lavoro   | <input type="checkbox"/> 9. Nessun contratto perché lavoratore autonomo                  |
| <input type="checkbox"/> 4. Contratto di inserimento   | <input type="checkbox"/> 10. Nessun contratto perché coadiuvante in un'impresa familiare |
| <input type="checkbox"/> 5. Contratto di apprendistato   | <input type="checkbox"/> 11. Altro (specificare): _____                                  |
| <input type="checkbox"/> 6. Contratto di collaborazione coordinata e continuativa                          |  |

### Inquadramento (barrare):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Assistente alla poltrona | <input type="checkbox"/> 4. Coniuge/collaboratore familiare |
| <input type="checkbox"/> 2. Segretaria               | <input type="checkbox"/> 5. Altro (specificare) _____       |
| <input type="checkbox"/> 3. Assistente alla persona  |   |

### Esperienze lavorative precedenti in studi odontoiatrici (REQUISITO OBBLIGATORIO per i corsi 320 e 280 ore):

DAL	AL	PRESSO (Ragione sociale e sede)	INQUADRAMENTO (Indicare se: Assistente alla poltrona, Segretaria, Assistente alla persona, Coniuge/collaboratore familiare)

### Eventuale Richiesta Crediti Formativi

Compilare la seguente sezione solo in caso di richiesta di riconoscimento di crediti di frequenza. La concessione del credito è subordinata alla valutazione di attestazioni rilasciate al termine di percorsi formativi promossi e/o patrocinati dalle associazioni dei medici odontoiatri iscritti all'Albo, dai relativi Albi e/o Ordini, o dalle associazioni degli assistenti di studio odontoiatrici.

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ chiedo il riconoscimento dei crediti per i percorsi di seguito riportati, di cui allego fotocopia dell'attestato:

TITOLO CORSO	PERIODO	PROMOSSO DA

## Come è venuto a conoscenza del corso?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sito internet <a href="http://www.irecoop.it">www.irecoop.it</a> | <input type="checkbox"/> Informagiovani |
| <input type="checkbox"/> Pagina Facebook Irecoop Emilia Romagna corsi di formazione       | <input type="checkbox"/> Media          |
| <input type="checkbox"/> Newsletter Irecoop   | <input type="checkbox"/> Internet       |
| <input type="checkbox"/> ANDI (Associazione Nazionale Dentisti Italiani)                  | <input type="checkbox"/> Da un amico    |
| <input type="checkbox"/> Centro per l'impiego   | <input type="checkbox"/> Altro _____    |

## Pagamento

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ si impegna a versare tramite RID, le quote di iscrizione secondo i tempi e le modalità indicati da IRECOOP E.R. per complessive:

### Corso di 700 ore

€ 2.490,00€ + 2€ di bollo così suddivise:

1. Prima rata di € 892,00 prima dell'avvio del corso;
2. Seconda rata di € 800,00 al raggiungimento del 50% del monte ore previsto dal programma corsuale,
3. Terza rata di € 800,00 prima dell'esame

### Corso di 320 ore

€ 1.140,00 + 2€ di bollo così suddivise:

1. Prima rata di € 572,00 prima dell'avvio del corso;
2. Seconda rata di € 570,00 al raggiungimento del 50% del monte ore previsto dal programma corsuale,

### Corso di 280 ore

€ 1.140,00 + 2€ di bollo così suddivise:

1. Prima rata di € 572,00 prima dell'avvio del corso;
2. Seconda rata di € 570,00 al raggiungimento del 50% del monte ore previsto dal programma corsuale,

Dichiara inoltre di essere informato/a che:

- L'intera quota d'iscrizione non potrà essere in alcun caso ridotta o rimborsata. In particolare la quota d'iscrizione non è riducibile o rimborsabile in tutto o in parte a seguito di mancata frequenza, di riduzione di frequenza per ottenimento di credito formativo, di non superamento delle verifiche intermedie previste e conseguente non ammissione all'esame, di non conseguimento dell'Attestato di abilitazione per mancato superamento della prova di esame

- Il corso verrà attivato al raggiungimento del numero minimo di iscrizioni previsto

- L'ammissione al corso è subordinata all'esito del colloquio di accesso e di verifica dei requisiti, la presente iscrizione non comporta l'ammissione immediata al corso

Dichiara inoltre di essere informata/o, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D. Lgs.30.06.2003 n. 196 che i dati personali raccolti nel presente documento saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

## DATI PER L'INTESTAZIONE DELLA FATTURA DA PARTE DI IRECOOP

Società/Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Partita iva \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Data

Firma leggibile del compilatore

### Allegare alla domanda:

- 1 foto tessera
- Curriculum vitae
- fotocopia del documento d'identità e del codice fiscale

Per i cittadini stranieri:

- fotocopia del permesso di soggiorno valido (extra UE) / attestazione di regolarità del soggiorno (UE)
- fotocopia della traduzione giurata del titolo di studio (UE) / dichiarazione di valore del titolo di studio (extra UE)

Se in possesso di precedente esperienza di lavoro, allegare in alternativa o congiuntamente (NON sono valide le autocertificazioni):

- Modulo "C2 storico", rilasciato dal CPI del Comune di residenza
- Buste paga/cedolini
- Contratto di lavoro che specifichi la mansione
- Estratto conto contributivo INPS
- Posizione assicurativa INAIL
- Per coniugi e/o collaboratori familiari: Certificazione prodotta ai fini dell'autorizzazione all'apertura dello studio

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(Art. 46-47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ sotto la propria responsabilità, 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 (barrare)

di essere a conoscenza e di possedere i requisiti previsti per l'ammissione:

- Assolvimento o adempimento dell'obbligo scolastico;
  - Diploma di Scuola Media inferiore;
  - Possesso del seguente titolo di studio:
- 

Si impegna inoltre, a richiesta, a produrre i documenti comprovanti quanto dichiarato nella presente domanda d'iscrizione.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## PRIVACY

**Il Presente Modulo va riconsegnato ad Irecoop Emilia Romagna al momento della consegna della documentazione richiesta per la candidatura al corso e/o in aula**

IRECOOP EMILIA ROMAGNA SOC. COOP. Utilizza, anche tramite collaboratori esterni, i dati che la riguardano per sue finalità amministrative, contabili, anche quando li comunica a terzi. Informazioni dettagliate, anche in ordine al suo diritto di accesso e agli altri suoi diritti, sono riportate all'indirizzo [www.irecoop.it](http://www.irecoop.it).

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/03, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali conferiti, nei limiti e secondo le modalità di cui all'informativa.



Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre di voler essere iscritto alla newsletter, nei limiti e secondo le modalità di cui all'informativa.

Do il consenso

Nego il consenso

Dichiara di prestare il consenso per la diffusione dei propri dati personali, ivi compresi le immagini video fotografiche, per le finalità e ai soggetti indicati nell'informativa

Do il consenso

Nego il consenso



Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_