

SCHEDA DI AMMISSIONE
MOVE TO INDIA

Io sottoscritto/a chiedo di essere ammesso/a alle prove di selezione del corso Move to India

DATI PERSONALI

Nome _____ Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Codice fiscale _____ Partita IVA _____

RESIDENZA

Via/Piazza/Viale _____ N. Civico _____

C.A.P. _____ Comune _____ Prov. _____

CONTATTI

Tel. _____ Fax _____ Cell. _____

E-Mail _____ Skype _____

FORMAZIONE

Diploma di scuola media superiore _____

Laurea _____

Tipo di laurea: vecchio ordinamento triennale specialistica

Università _____

Master o corsi di formazione di durata significativa (almeno un mese a tempo pieno)

LINGUE CONOSCIUTE

| | Madrelingua | Ottimo | Buono | Discreto | Elementare |
|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Italiano | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inglese | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Francese | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Spagnolo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tedesco | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ATTIVITA' PROFESSIONALE ATTUALE

Azienda _____ Settore _____

Posizione ricoperta _____ Anni di esperienza _____

Qualifica e breve descrizione del ruolo professionale

Altre esperienze professionali

Soggiorni all'estero di durata significativa

APPROCCIO AL CORSO

Cosa pensa di ottenere dal Corso?

Quali altre possibilità ha seriamente preso in considerazione, in alternativa a questo Corso, per raggiungere i suoi obiettivi di sviluppo personale e professionale?

L'azienda ha intenzione di supportarla? Sì No

Se sì, in termini di Quota d'iscrizione Tempo Entrambi

Se sì, quali sono gli obiettivi dell'azienda nel promuovere la Sua partecipazione al Corso?

Come è venuto a conoscenza del corso Move to India?

- Azienda
- Ex partecipante
- Docente
- Amico
- Web - Specificare (Google, LinkedIn...) _____
- Stampa Specificare _____

Altro _____

Luogo _____ Data _____ Firma _____

La presente scheda di ammissione va compilata in ogni sua parte e inviata per posta, via fax (051 360757) o via mail move@cofimp.it insieme ai seguenti documenti:

- n. 2 fotografie formato tessera a fondo chiaro firmate sul retro
- fotocopia del documento d'identità
- pagamento di 50 euro a fondo perduto a Cofimp tramite Bonifico Bancario - Banca Popolare dell'Emilia Romagna - Agenzia 18, Bologna (Codice IBAN: IT 44 M 05387 02418 000001168984) per la procedura di selezione
- copia del certificato di laurea
- Curriculum Vitae

La documentazione deve pervenire a COFIMP

All'attenzione di Alessandra Barulli
COFIMP
Via di Corticella 1/2°
40128 Bologna

**Informativa sul trattamento dei dati personali
(Art. 13 D.Lgs 30/06/03, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali")**

I dati personali sono utilizzati da Cofimp ai fini del corretto svolgimento di corsi e seminari, della fornitura di servizi di consulenza e di eventuali altri servizi. Ciò vale sia per le informazioni sull'Azienda e relativi dipendenti/collaboratori dalla stessa indicati sia per quelle relative alla persona fisica che sottoscrive il contratto.

I dati sono trattati su supporto cartaceo e con strumenti elettronici e non sono di regola comunicati né diffusi se non nei limiti di quanto imposto dall'esecuzione stessa degli obblighi contrattuali (in generale, a poste, corrieri, istituti di credito, ecc.; in caso di corsi finanziati, agli enti finanziatori - Regione, Provincia, altri enti pubblici). Nondimeno, alcune essenziali informazioni (titoli di progetti/corsi/servizi di consulenza realizzati da Cofimp; ragione sociale aziende coinvolte; periodo di svolgimento) potrebbero essere inserite da Cofimp in proprie *reference list*, anche ai fini della partecipazione a gare pubbliche. I dati sono trattati dagli incaricati degli Uffici Marketing e Commerciale di Cofimp.

Il conferimento dei dati è del tutto facoltativo; è chiaro tuttavia che il mancato conferimento di alcune o tutte le informazioni personali può precludere l'instaurazione o la prosecuzione del rapporto contrattuale.

I recapiti di posta tradizionale nonché le coordinate di posta elettronica che vorrete indicare potranno essere utilizzati per proporre corsi, seminari e servizi analoghi a quelli acquistati, fermo restando - ai sensi dell'art. 130 del D.Lgs n. 196/2003 e dei provvedimenti del Garante per la protezione dei dati personali in materia - il diritto di chiedere ed ottenere, in ogni momento, di non ricevere ulteriori comunicazioni inviando una e-mail a privacy@cofimp.it.

QUALORA NON VOLESTE RICEVERE TALI COMUNICAZIONI, E' POSSIBILE BARRARE IMMEDIATAMENTE LA CASELLA QUI SOTTO RIPORTATA:

- NO, non vogliamo in nessun caso ricevere comunicazioni da Cofimp
- NO, non vogliamo in nessun caso ricevere comunicazioni da Cofimp a mezzo e-mail
- NO, non vogliamo in nessun caso ricevere comunicazioni da Cofimp a mezzo posta tradizionale

QUALORA INVECE VOLESTE RICEVERE TALI COMUNICAZIONI A MEZZO FAX, OCCORRE INSERIRE IL NUMERO DI FAX ED ESPRIMERE IL CONSENSO DI SEGUITO:

- SI', vogliamo ricevere comunicazioni da Cofimp a mezzo Fax n. _____

Firma _____

Le richieste di esercizio dei diritti previsti dal Codice a favore dell'interessato (art. 7 e ss: ad esempio, accesso, integrazione, aggiornamento, ecc) possono essere rivolte a: **COFIMP (Titolare del trattamento)**, via di Corticella 1/2, 40128 BO, 051-4165711 e-mail privacy@cofimp.it (a questo indirizzo e-mail può essere richiesto anche l'elenco completo ed aggiornato dei Responsabili del trattamento eventualmente nominati).

Responsabile del trattamento è la Dr.ssa Elisabetta D'Alessandro, reperibile ai medesimi recapiti