

Spazio riservato alla segreteria

Progressivo
interno

N°

Annotazioni:

Protocollo

Richiesta di **Accreditamento Eventi
Formativi** da svolgere in Basilicata

All' Ordine Regionale degli
Assistenti Sociali della Basilicata
Via della Chimica, 61
POTENZA

.....I..... sottoscritt....., nat..... a
..... Prov..... il.....,

in qualità di Libero Professionista
 Rappresentante legale dell' Ente di seguito specificato:

Denominazione
Sede Legale Via
Comune **Prov** CAP Cod. Fiscale
Partita IVA

Sede Operativa (se diversa da quella legale) sita nel comune di
Via
Comune **Prov** CAP Cod. Fiscale

CHIEDE

ai sensi del "Regolamento per la Formazione Continua degli Assistenti Sociali Specialisti" delle
"Linee guida operative per la sperimentazione della Formazione Continua" e della " Tabella del
regolamento Formazione Continua" l'accREDITAMENTO presso l'Ordine degli Assistenti Sociali della
Basilicata e il conseguente inserimento nel piano Formativo Annuale del seguente Evento :

Tipologia Evento (Congresso, Seminario, Convegno)
Denominazione Evento



Allega, anche ai sensi dell'Art. 38 comma 3 del d.p.r. 445/2000, i seguenti documenti (*)

- (1) Doc. di riconoscim. tipo.....N°.....rilasciato il.....
- (2) Elenco dettagliato dei Docenti completo dei relativi curriculum
- (3) Programma dettagliato dell'evento
- (4)

Luogo e data,

Firma

.....I..... sottoscritt....., dichiara altresì di aver ricevuto adeguata informativa scritta ai sensi dell'Art. 13 del D.lgs 196 /2003 e di

autorizzare non autorizzare, con la sottoscrizione in calce, il trattamento dei dati forniti con la presente e con ogni altra scheda informativa allegata.

Luogo e data,

Firma

AVVERTENZE:

Il presente modulo deve essere inviato tramite una casella Posta Elettronica Certificata all'indirizzo croas.basilicata@cnoas.postecert.it completo di eventuali allegati (obbligatori e volontari) . Nel caso in cui il richiedente non disponesse di una casella di Posta Elettronica Certificata, il file completo di allegati potrà comunque trasmesso via posta elettronica standard allo stesso indirizzo di cui sopra, ma dovrà anche essere stampato e inviato (debitamente firmato) tramite fax insieme a tutti gli allegati al numero 0971/489753 o via raccomandata all'indirizzo : Ordine degli Assistenti Sociali della Basilicata – Via della chimica, 61- 85100 POTENZA.

() i documenti di cui ai punti (1) , (2) e (3) sono obbligatori per l'ottenimento dell'accREDITamento. La mancanza della documentazione rende **non applicabile** il criterio del silenzio- assenso di cui all'Art. 4 comma 7.b del Regolamento CNOAS per la formazione continua degli Assistenti Sociali e degli Assistenti sociali specialisti*





Informativa ex art. 13, D. Lgs 196/2003

I dati personali conferiti saranno trattati dall' **Ordine Regionale degli Assistenti Sociali della Basilicata Potenza Via della Chimica, 61 – 85100 Potenza** (nel seguito: "Ordine") – titolare del trattamento – al fine di espletare le operazioni relative alla gestione dell'Albo medesimo previsti dalla legge n. 84 del 23 marzo 1993 e successive modificazioni e/o integrazioni e da tutte le norme in materia di esercizio della professione di Assistente Sociale che dovessero essere emanate in futuro nonché per il perseguimento dei propri scopi istituzionali.

In particolare i dati forniti, saranno trattati al fine di:

- (1) *verificare la sussistenza dei requisiti per la iscrizione all'Albo;*
- (2) *formare ed aggiornare l'Albo Professionale provvedendo alle occorrenti variazioni, ivi compresa la cancellazione conseguente a procedimento disciplinare;*
- (3) *gestire i rapporti con l'Ordine Regionale degli Assistenti Sociali della Basilicata, ivi comprese le attività connesse all'elezione del Consiglio dell'Ordine ed alla convocazione di assemblee, riunioni, seminari o altri eventi gestiti direttamente dall'Ordine ;*
- (4) *applicare il regolamento della formazione professionale continua dell'Assistente Sociale, approvato dal Consiglio Nazionale (eventi formativi e attribuzione dei crediti formativi);*
- (5) *scopi istituzionali di informazione agli iscritti, di ricerca ed analisi della evoluzione della professione, attraverso elaborazioni statistiche ed anonime, nonché di individuazione di soggetti aventi particolari caratteristiche culturali e/o di specializzazione richieste da enti, aziende e soggetti privati ;*

Il trattamento dei dati avverrà manualmente e con strumenti elettronici, anche attraverso l'utilizzo di metodologie di analisi statistica.

I dati, il cui conferimento è **obbligatorio** in quanto devono essere necessariamente inseriti nell'Albo Professionale, risultano: cognome e nome, data e luogo di nascita, residenza e l'indirizzo di posta elettronica certificata, la data ed il numero di iscrizione, il titolo professionale e di studio in base al quale l'iscrizione è stata disposta nonché l'indicazione dell'Ordine di provenienza. I restanti dati, comunicati con la richiesta di iscrizione o attraverso schede informative contestuali o successive alla richiesta di iscrizione o a qualsiasi altra istanza rivolta all'Ordine, laddove non implicitamente necessarie per l'evasione dell'istanza hanno valore di conferimento facoltativo, ma sono utili al titolare per il raggiungimento degli scopi istituzionali di cui al precedente punto (5).

Ai sensi dell'art. 19, comma 1, D. Lgs. 196/2003, i dati personali possono essere trattati per le predette finalità dall'Ordine, in quanto soggetto pubblico, senza il consenso dell'interessato.

Per i fini istituzionali dell'Ordine – in particolare per i fini di cui ai punti (1) e (2) - potranno essere trattati anche dati sensibili (come definiti dall'art. 4, comma 1, lettera d), d. lgs. 196/2003: dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni religiose, filosofiche, politiche o sindacali, nonché i dati atti a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale) e dati giudiziari (come definiti dall'art. 4, comma 1, lettera e), d. lgs 196/2003: dati personali idonei a rivelare provvedimenti di cui all'art. 3, comma 1, lettere a-o, r-u, dpr 313/2002 in materia di casellario giudiziale, di anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato e dei relativi carichi pendenti, o la qualità di imputato o di indagato ai sensi degli artt. 60-61, cod. procedura penale): il trattamento potrà avvenire senza il consenso dell'interessato, ai sensi degli artt. 20 e 21, d. lgs. 196/2003.

I dati personali saranno comunicati al Ministero della Giustizia, al Consiglio Nazionale degli Assistenti Sociali, ai Capi della Corte di Appello, dei Tribunali e delle Preture del distretto, nonché agli altri Consigli dell'Ordine degli Assistenti Sociali, ai fini di ottemperare a quanto disposto D.P.R. 615/1994 in materia di tenuta dell'Albo professionale.



Ai sensi dell'art. 61, comma 2, d. lgs. 196/2003, i dati – diversi da quelli sensibili e giudiziari - che devono essere inseriti nell'Albo potranno essere comunicati a soggetti pubblici o privati, anche mediante reti di comunicazione elettronica (sito Internet dell'Ordine), nonché potranno essere resi noti provvedimenti che dispongono la sospensione o che incidono sulla professione.

Qualora l'iscritto lo richieda tramite il modulo allegato, l'Ordine **potrà integrare i dati necessari per la formazione dell'Albo** con altre informazioni professionali e comunicare a terzi notizie sulla specializzazione professionale e la disponibilità a ricevere incarichi.

Per i suddetti fini, i dati conferiti saranno trattati anche da soggetti terzi, preposti dall'Ordine all'erogazione di servizi e che agiranno in qualità di responsabili del trattamento ed il cui elenco è disponibile su richiesta presso la succitata sede del titolare.

I dati conferiti saranno messi a conoscenza delle seguenti categorie di incaricati: addetti alla tenuta dell'Albo al servizio di segreteria e rapporti con gli iscritti, all'amministrazione, alla organizzazione di convegni e seminari nel contesto del programma di formazione professionale continua, ai servizi informatici e sistemi di sicurezza dei dati.

Ai sensi dell'art. 7, d. lgs 196/2003, potranno essere esercitati i relativi diritti, fra cui consultare, modificare, aggiornare integrare, i dati e , unicamente per i dati il cui conferimento è facoltativo e non deriva da esplicite o implicite disposizioni di legge, cancellare od opporsi al loro trattamento.

La cancellazione e il blocco del trattamento dei dati potranno essere ottenuti rivolgendosi alla Segreteria dell'Ordine. La cancellazione o blocco del trattamento dei dati verranno effettuati ,in via temporanea, con effetto immediato previa successiva ratifica da parte del Consiglio dell'Ordine . Analogo procedimento potrà essere ottenuto per tutti quei dati il cui trattamento è effettuato in violazione di precise disposizioni di legge.

Si informa inoltre che in applicazione del comma 7 dell'Art. 16 del D.L 185/2008 convertito con modifiche con la legge N° 2/2009 quest'Ordine provvederà a pubblicare, in apposito elenco riservato consultabile in via telematica, l'indirizzo di **Posta elettronica certificata** di tutti gli iscritti.

La presente informativa va trattenuta dal dichiarante.



Dichiarazione di presa visione informativa D. Lgs. 196/2003 (Privacy) e richiesta di integrazione dati
(da trasmettere all'Ordine a mezzo Posta o a mezzo fax al N.ro 0971/489783)

___I___ sottoscritt___ _____ dichiara di aver preso visione della informativa relativa al trattamento dei dati personali e autorizza, con la sottoscrizione della presente, il trattamento e la trasmissione ad enti terzi, di tutti i dati obbligatori e facoltativi comunicati con moduli di iscrizione e/o schede informative ivi inclusa la presente scheda. Comunica inoltre i seguenti dati integrativi :

(1) RESIDENZA: Città _____ CAP _____

Via _____ n° _____

(2) DOMICILIO (solo se diverso dalla residenza)

Città _____ CAP _____

Via _____ n° _____

autorizzo diffusione SI
 NO
 SI , ma non su sito Internet
 ALTRO (specificare)

Corrispondenza : al Domicilio alla Residenza

(3) numero di telefono abitazione _____

autorizzo diffusione SI
 NO
 SI , ma non su sito Internet
 ALTRO (specificare)

(4) numero di Fax _____

autorizzo diffusione SI
 NO
 SI , ma non su sito Internet
 ALTRO (specificare)

(5) numero di telefono cellulare _____

autorizzo diffusione SI
 NO
 SI , ma non su sito Internet
 ALTRO (specificare)

Dato importantissimo

6) indirizzo email _____

autorizzo diffusione SI
 NO
 SI , ma non su sito Internet
 ALTRO (specificare)

Firma _____



ESERCIZIO PROFESSIONE

(i dati relativi all'esercizio professionale hanno unicamente valenza statistica, sono pertanto IMPORTANTISSIMI per l'attività dell'Ordine e NON verranno comunicati all'esterno)

- in cerca di prima occupazione disoccupato (chi ha perso il lavoro, si è licenziato o il cui contratto è scaduto)
- libero professionista (possessore di partita IVA) ritirato dal lavoro (pensionato, non esercitante)

Lavoratore a contratto: tipologia di contratto

- co.co.co co.co.pro incarico di alta specializzazione socio di cooperativa
- altro (specificare) _____

Ente di appartenenza _____ Pubblico Privato

Sede Legale (indirizzo, città, prov) _____

Sede di Lavoro (indirizzo, città, prov) _____

Telefono lavoro _____ fax _____

Lavoratore dipendente: a tempo pieno a tempo ridotto o part-time

Tipo contratto: indeterminato a termine

Contratto di lavoro applicato:

- Ente locale Sanità pubblica Sanità privata Ministero Università Parastato
- Cooperativa Contratti privatistici (specificare) _____ altro _____

Livello di Inquadramento: (Es: D1, D2... specificare) _____

Settore di lavoro: (specificare) _____

- Funzioni:** assistente sociale di base coordinatore di area o unità operativa
- responsabile Ufficio di Piano responsabile di servizio
- dirigente docente
- direttore di servizio altro (specificare) _____

Eventuali incarichi:

- Consulente Tecnico d'Ufficio iscritto all'Albo dei consulenti Giudice onorario
- Commissario in commissioni medico legali altro (specificare) _____

Ai fini della Revisione dell'Albo prevista dall'art.2 comma 3 del D.M. 615/94, il sottoscritto dichiara e autocertifica, ai sensi del D.P.R. 445 del 28.12.2000, che i dati contenuti nel presente modulo corrispondono a verità.

Potenza, ___/___/___ Firma _____