



## DOMANDA DI ISCRIZIONE

Prot. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /OSSS1

Spett.le **Consorzio CO.ME.S.**  
Via Ciccarello, 77  
89132 - REGGIO CALABRIA

### Il/La sottoscritto/a

<b>Cognome</b>				<b>Nome</b>			
<b>Nato/a</b>				<b>Prov.</b>		<b>II / /</b>	
<b>Nazionalità</b>		<b>Cod. fiscale</b>					
<b>Residente a</b>				<b>Prov.</b>		<b>CAP</b>	
<b>Via</b>						<b>nr.</b>	
<b>Domiciliato a</b>				<b>Prov.</b>		<b>CAP</b>	
<b>Via</b>						<b>Nr.</b>	
<b>Titolo di studio</b>							
<b>Telefono</b>				<b>Cell.</b>			
<b>E-mail</b>							

### CHIEDE

**di essere iscritto/a al CORSO LIBERO a pagamento per il CONSEGUIMENTO DELLA QUALIFICA DI Operatore Socio-Sanitario con Formazione Complementare, ai sensi della DGR n. 639 del 14/12/2018 della Regione Calabria Giunta Regionale, autorizzato dalla Regione Calabria Dipartimento Lavoro, Formazione e Politiche Sociali (LFPS). Settore 4 - Formazione e Istruzione Professionale con Decreto n. 4564 del 09/04/2019.**

#### **A tal uopo dichiara:**

- di avere preso visione del programma del corso;
- di impegnarsi a frequentare con regolarità e profitto il corso fino alla sua conclusione;
- di impegnarsi al pagamento del costo totale (ivi comprese imposte e tasse) previsto, pari a Euro 900,00 (euro novecento/00), fatte salve le Convenzioni stipulate con Enti, Associazioni di volontariato, ecc.

#### **In particolare dichiara di essere consapevole:**

- della durata complessiva del corso pari a n. 400 ore e della sua calendarizzazione;
- della percentuale di assenze da non superare per avere diritto all'ammissione agli esami finali pari al 10%;
- che, in caso di ammissione al corso, sarà tenuto/a a **versare per intero la quota di partecipazione** sopra definita, anche in caso di dimissioni anticipate o esclusione per mancata frequenza delle lezioni.

#### **A tal fine allega fotocopia dei seguenti documenti:**

<input type="checkbox"/> Doc. Identità non scaduto	<input type="checkbox"/> Codice Fiscale
<input type="checkbox"/> Copia dell'Attestato di Qualifica Professionale di "Operatore Socio Sanitario (O.S.S.)"	
<input type="checkbox"/> Fotocopia conforme all'originale permesso di soggiorno (solo per i cittadini stranieri)	

*Il/la sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie sopra riportate sono veritiere (art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000).*

*Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento personale dei dati ai sensi del D. Lgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR - Regolamento Generale sulla Protezione Dati (Regolamento UE 2016/679).*

**Autorizza**     **Non autorizza**

Luogo e data \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_