



DOMANDA DI ISCRIZIONE

Prot. ____ / ____ / OSS7

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

Il/La sottoscritto/a

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

CHIEDE

di essere iscritto/a al CORSO LIBERO a pagamento per il CONSEGUIMENTO DELLA QUALIFICA DI OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS), ai sensi della D.G.R. n. 155 del 21/04/2017 della Regione Calabria Giunta Regionale, autorizzato con Decreto n. 8180 del 04/08/2020 della REGIONE CALABRIA - Dip. Lavoro, Formazione e Politiche Sociali (LFPS). Sett. 02 - Formazione ed Istruzione Prof.Le, Accreditemento, Serv. Ispettivi.

A tal fine 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 € 2.650,00 (euro duemilaseicentocinquanta/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° 1.000 ore e della sua calendarizzazione;
- della percentuale di assenze (pari al 10% del monte ore totale) da non superare per avere diritto all'ammissione agli esami finali;
- 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 in corso di validità	<input type="checkbox"/> Codice Fiscale	<input type="checkbox"/> Titolo di Studio
<input type="checkbox"/> Certificato di Idoneità, attestante l'assenza di minorazioni o malattie che possono impedire l'esercizio delle funzioni previste dal profilo professionale di O.S.S. (rilasciato da una struttura pubblica del Servizio Sanitario Nazionale).		
<input type="checkbox"/> Fotocopia conforme all'originale del 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
