



DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL' INTERVENTO FORMATIVO

Prot. ____ / ____ /OSS ____

All'Agenzia formativa
Consorzio CO.ME.S.
Via Ciccarello, 77
89132 - Reggio di Calabria

Il/La sottoscritto/a

Cognome*	Nome*		
Nato/a	Prov.	Il	/
Codice fiscale			
Residente a	Prov.	CAP	
Via	nr.		
Cell.	E-mail		

* Campi obbligatori

CHIEDE

l'iscrizione al Corso libero per **"OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS)"**
autorizzato ai sensi della D.G.R. n. 155 del 21/04/2017 della Regione Calabria.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (artt.46,47, 73-76 D.P.R. 28/12/2000 n.445 s.m.i.)

DICHIARA

* Campi obbligatori

➤ **di essere di cittadinanza*** _____

se non italiano e non paese UE:

Permesso di soggiorno rilasciato il ____ / ____ / ____ scadenza il ____ / ____ / ____

➤ **di essere residente in**

Via / Piazza* _____ N.* _____

Comune di* _____ C.A.P.* _____ Prov.* _____

➤ **di essere domiciliato in (soltanto se la residenza non coincide con il domicilio)**

Via / Piazza _____ N. _____

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

➤ **di essere in possesso del/dei seguente/i titolo/i di studio*:**

Titolo	Descrizione	Voto conseguito	Data di conseguimento	Scuola/Istituto/Università <i>(Denominazione e località)</i>

1/2



- di aver preso visione del Progetto Formativo proposto a cui si riferisce la presente domanda;
- di essere a conoscenza che l'assenza superiore al 10% delle ore complessive, comporta la non ammissione agli esami finali per il rilascio dell'attestato previsto.
- di essere a conoscenza che la quota di partecipazione al corso è di € 2000,00 (duemila/00) ed è onnicomprensiva di quanto occorre per l'erogazione del servizio formativo, inclusi il materiale didattico, individuale e per le esercitazioni pratiche, l'assicurazione INAIL per l'intera durata del corso, le spese per la commissione di esame finale, il rilascio dell'attestato. In proposito, il sottoscritto si impegna a versare detta quota con le seguenti modalità:

lì, _____

_____ firma dell'interessato (per esteso e leggibile)

CONSENSO AL TRATTAMENTO

Il sottoscritto _____ dichiara di avere ricevuto completa informativa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation) e di avere preso atto dei diritti di cui agli articoli dal 15 al 22 del medesimo, ed esprime il proprio consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali e sensibili, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

Per accettazione: _____ lì _____

Allegati e documenti obbligatori

- Fotocopia documento di riconoscimento;
- Fotocopia Codice fiscale/tessera sanitaria;
- 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*).
- Titolo di studio
N.B. Per quanto riguarda il possesso dei titoli di studio, l'autocertificazione rilasciata con la presente domanda è valida soltanto per titoli ed esami ottenuti o sostenuti in Italia. **Per i titoli di studio conseguiti all'estero** occorre presentare una dichiarazione di valore del proprio titolo. Tale dichiarazione dovrà essere rilasciata dalla rappresentanza diplomatica – consolare italiana nel paese al cui ordinamento appartiene la scuola che ha rilasciato il titolo.
- Fotocopia del permesso di soggiorno (solo per cittadini non comunitari).