Agenzia Byte Sud Lavoro Formazione
Agenzia Lavoro e Formazione

Soc. Coop. Byte Sud a r. l.
Cod. Fisc. e P. IVA 00871160800
Numero Iscrizione C.C.I.A.A. di Reggio Calabria
00871160800

Agenzia Formativa Accredita Regione Calabria n° 8435 del 13/06/			
Convenzionata per attività a valere sui fondi:			
Unione Europea FSE	Regione Calabria	Ministero del Lavoro	Citta Metropolitana di Reggio Calabria

Riservato all'agenzia

Protocollo acquisizione domanda N° …… Data …..……	**Corso di Formazione professionale per la qualifica** **OPERATORE SOCIO SANITARIO - OSS**

D O M A N D A D I I S C R I Z I O N E

_l_ sottoscritt_____ nat_ il _____

a _____ Prov._____ Stato _____

Codice fiscale

Al riguardo, consapevole delle conseguenze a cui può incorrere in caso di false attestazioni o dichiarazioni mendaci (Art. 48-76 - D.P.R. 28/12/2000, N° 445), sotto la sua responsabilità

D I C H I A R A

Di essere cittadino……..……..

di risiedere in via/piazza …… n° ……..……

Comune ……..…….…… C.A.P. …… Provincia ……..……

Tel. abitazione ……..……/……..…..….. Tel. cellulare ……..…..…/……..

E-mail(Obbligatoria)……..……..……..

(nel caso in cui la residenza non coincide con il domicilio)

di essere domiciliato in via/piazza …… n° …..…

Comune ……..…….…… C.A.P. …… Provincia ……..……

Di avere preso visione del bando per "Operatore Socio Sanitario - OSS" autorizzato dalla Regione Calabria e di possedere i requisiti d'ingresso richiesti per i destinatari da formare. Ed in particolare di:

- *avere compiuto 18 anni alla data di iscrizione al corso;*
- *non avere riportato condanne penali che comportino l'interdizione dai pubblici uffici;*
- *possedere un diploma di scuola dell'obbligo _____;*
- *di non riportare minorazioni o malattie che possono impedire l'esercizio delle funzioni previste dal profilo professionale di Operatore Socio Sanitario; di impegnarsi a produrre la certificazione rilasciata dall'ASP competente prima dell'avvio delle attività formative;*
- *di essere a conoscenza che è prevista una selezione con le modalità stabilite dalla Delibera di Giunta Regionale n° 155 del 21/04/2017 e che verranno comunicate preventivamente;*

_l_ sottoscritt_ dichiara, inoltre:

- *di essere a conoscenza che l'accettazione della presente domanda è subordinata all'effettuazione del corso e al raggiungimento del numero di allievi previsto;*
- *di essere consapevole che la partecipazione all'iter formativo è subordinata alla presentazione della documentazione comprovante i requisiti previsti per l' ammissione al corso;*
- *di impegnarsi al versamento della somma relativa alla partecipazione al corso pari ad euro € 1.850,00 che al netto del voucher da richiedere all'ente partner Massimo Chillino Società Cooperativa Sociale sul sito http://massimochillino.formlav.it/ si riduce ad euro € 1.450,00.*
- *di autorizzare, ai sensi della legge 196/2003, il C.F.P. alla conservazione e al trattamento dei dati personali richiesti.*

Allego
fotocopia di documento di riconoscimento valido

Data compilazione_____ FIRMA DEL RICHIEDENTE

_____