



Riservato all'agenzia

| | |
|--|--|
| Protocollo acquisizione domanda N° Data | Corso di Formazione professionale per la qualifica “OPERATORE SOCIO SANITARIO-OSS” D.D. Regione Calabria n. 7736 del 23/07/2020 |
|--|--|

DOMANDA DI ISCRIZIONE

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

DICHIARA

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



| | | | |
|---|--|--|--|
|  Unione Europea FSE |  Regione Calabria |  Ministero del Lavoro |  Citta Metropolitana di Reggio Calabria |
|---|--|--|--|

Di avere preso visione del bando per “Operatore Socio Sanitario” per i percorsi formativi autorizzati 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;
- aver adempiuto al Diritto e Doveri all’Istruzione;
- non riportare minorazioni o malattie che possono impedire l’esercizio delle funzioni previste dal profilo professionale di Operatore Socio Sanitario;
- impegnarsi a produrre la certificazione rilasciata dall’ASP competente prima dell’avvio delle attività formative;
- 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;

Parte riservata ai cittadini stranieri:

- Per i cittadini stranieri è richiesta la conoscenza della lingua italiana scritta ed orale pari al livello base A 1 della QCER, la stessa potrà essere verificata dall’ Agenzia formativa Società Cooperativa Byte Sud a r.l. con apposito test d’ingresso o dietro presentazione di idonea documentazione.

1 sottoscritt_ dichiara, inoltre:

- di essere a conoscenza che l’accettazione della presente domanda è subordinata all’effettuazione dei due percorsi formativi e al raggiungimento del numero di allievi complessivo previsto pari almeno a 30 unità per come stabilito dal Comune di Santo Stefano in Aspromonte;
- 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 autorizzare, ai sensi della legge 196/2003, l’agenzia formativa Società cooperativa Byte Sud a r.l. alla conservazione e al trattamento dei dati personali richiesti.

Allego:

fotocopia di documento di riconoscimento valido

Data compilazione _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE