



## CORSI DI PRIMA FORMAZIONE PER O.S.S.

### DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a  
il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) residente a  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ Codice Fiscale  
\_\_\_\_\_

consapevole delle conseguenze penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del D.P.R. 445/2000, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

#### CHIEDE

di essere iscritto al Corso formativo a pagamento della durata di 1200 ore per Operatore Socio Sanitario.

#### Inoltre **DICHIARA:**

- di essere consapevole che la Sede Formativa potrà effettuare controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000;
- di aver compilato in ogni sua parte la **SCHEDA RACCOLTA DATI** e di averla sottoscritta;
- di aver preso visione del **Regolamento del corso**, di averlo accettato e sottoscritto;
- di accettare le modalità e le condizioni di pagamento del Corso indicate nel regolamento;
- di essere a conoscenza che il corso prevede la frequenza obbligatoria e che assenze superiori al 10% delle ore complessive comportano l'automatica dimissione dal corso

In caso di dimissioni, rinuncia o di esclusione dagli esami finali, lo scrivente riconosce di non aver diritto ad alcun rimborso delle somme versate.

Unitamente alla presente si allegano:

1. fotocopia di un documento di identità in corso di validità;
2. fotocopia del Codice fiscale;
3. *(per i cittadini extra-comunitari)* fotocopia del permesso di soggiorno;
4. fotocopia della ricevuta del bonifico bancario attestante il pagamento della quota d'iscrizione pari a € 1.500,00;
5. certificazione medica, redatta dal medico del lavoro, attestante l'idoneità al ruolo di Operatore socio sanitario.

*Autorizzo l'ATS al trattamento dei miei dati personali ai sensi della legge 196/2003 e s.m.*

Data.....

**FIRMA DEL RICHIEDENTE**

.....