

OPERATORE SOCIO SANITARIO (O.S.S.)

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Il/La sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____

Data nascita _____ Comune Nascita _____ prov. _____

Codice Fiscale _____ sesso M F - Nazionalità _____

Cittadinanza _____

Residente in Via _____ N. _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____

N. Telefonico _____ Cell. _____

E Mail _____

se il domicilio attuale è diverso dalla residenza

Via _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____

N. Telefonico _____

Nelle sezioni successive barrare il numero o il tipo dell'opzione scelta

- **In possesso della patente di guida** : SI tipo _____ NO
- **Automunito** : SI NO
- **Altro mezzo a disposizione**: _____

Titolo di Studio

- 1. Licenza media
- 2. Diploma di scuola superiore di 2-3 anni che non consente l'iscrizione all'università
- 3. Diploma di scuola superiore di 4-5 anni che consente l'iscrizione all'università
- 4. Qualifica professionale (specificare _____)
- 4. Laurea triennale (nuovo ordinamento)
- 5. Laurea di durata superiore ai tre anni (diploma di laurea vecchio ordinamento ovvero laurea specialistica nuovo ordinamento)
- 6. Altro (specificare _____)

Condizione Occupazionale

- 1. In cerca di prima occupazione/inoccupato
- 2. Occupato alle dipendenze (compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica)
- 3. Occupato autonomo
- 4. Disoccupato alla ricerca di nuova occupazione (o iscritto alle liste di mobilità)
- 5. Studente
- 6. Inattivo diverso da studente (casalinga/o, *ritirato/a al lavoro*, inabile al lavoro, in altra condizione)
- 7. Altro (specificare): _____

CHIEDE

di partecipare al corso per Operatore Socio Sanitario (della durata di 1.000 ore di cui 450 di stage e con **frequenza obbligatoria di almeno il 90%**) promosso da TECHNE SCaRL, con **quota di partecipazione di circa Euro 2.700,00** da versare a rate e dichiara inoltre di essere informata/o, ai sensi del GDPR (UE) nr. 679/2016, che i dati sopra riportati saranno trattati, anche con strumenti informatici, relativamente alla attività formativa per la quale ho richiesto l'iscrizione/ informazioni ed esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene rilasciata, nei limiti stabiliti dalla legge.

.....
(luogo, data)

Il candidato

.....

A tal fine **DICHIARA, ai sensi dell'articolo 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000** (Dichiarazioni sostitutive di certificazioni) sotto la propria responsabilità:

- Per i cittadini stranieri, di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno in regola con le normative vigenti.
- Di versare, al momento dell'iscrizione un acconto di Euro 100,00 e di essere a conoscenza che tale somma verrà restituita solo in caso di mancato superamento delle selezioni.**
- Di accettare di fornire documenti comprovanti le informazioni fornite, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 su richiesta di TECHNE Scarl.
- In base alle norme sull'autocertificazione, di essere consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 (*"Comma 1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia"*)
- Di allegare alla presente domanda:
 - Fotocopia fronte retro di documento di identità in corso di validità (carta di identità o, in caso di cittadini extra-UE che non la possiedono, passaporto)
 - Due fotografie formato tessera.
 - Fotocopia del Codice Fiscale.

Data _____

Firma del candidato _____

Io sottoscritto, con la presente dichiara di essere informata/o, ai sensi del GDPR (UE) nr. 679/2016, che i dati sopra riportati saranno trattati, anche con strumenti informatici, relativamente alla attività formativa per la quale ho richiesto l'iscrizione/informazioni ed esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene rilasciata, nei limiti stabiliti dalla legge.

Data _____

Firma del candidato _____