

**DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE PER
“OPERATORE SOCIO SANITARIO - OSS”**

Il / La sottoscritto/a _____

nato a _____ Prov. (_____) il ____/____/____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente a _____ Prov. (_____) CAP _____ Via _____ n° _____

Domiciliato a _____ Prov. (_____) CAP _____ Via _____ n° _____

Recapito telefonico: _____ Email _____

Titolo di studio _____

Conseguito presso _____ nell'anno _____

CHIEDE

di essere iscritto e di frequentare il corso autofinanziato per il conseguimento della qualifica professionale di “**Operatore Socio Sanitario**” della durata di 1000 ore (450 ore teoria, 100 esercitazioni, 450 tirocinio formativo) oltre esami finali, autorizzato dalla Regione Calabria.

Allega fotocopia della seguente documentazione:

- Documento di identità (fronte e retro);
- Codice fiscale;
- Permesso di soggiorno conforme all'originale (solo per i cittadini stranieri);

(Luogo e data di presentazione domanda)

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (ai sensi dell'art. 46 e 76 DPR n. 445 del 28/12/2000)

Il / La sottoscritto/a _____

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ (Prov.) _____ il _____ / _____ / _____
- di essere residente a _____ CAP _____ (Prov) _____
alla via _____ n° _____
- di essere cittadino italiano ovvero di essere cittadino extracomunitario con regolare permesso di soggiorno;
- di aver ricevuto, dall'Agenzia Formativa FO.E.MA.-GROUP Formazione e Management, informazioni esaustive su tutti gli aspetti del corso e di ritenersi sufficientemente informato/a e pertanto la solleva da ogni responsabilità;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
conseguito presso l'Istituto _____ di _____
_____ nell'anno _____ ;

ovvero

- di essere cittadino straniero residente sul Territorio della Repubblica Italiana e di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
_____ conseguito presso l' Istituto _____
_____ di _____ nell'anno _____
equipollente a _____ italiana così come da
dichiarazione del Consolato/Ambasciata di _____ prot. n. _____ del ____/____/____;
- di godere di diritti civili;
- di essere a conoscenza che il rilascio dell'attestato di qualifica professionale è subordinato al superamento dell'esame finale;

DICHIARA INOLTRE

Di avere preso visione del bando per "Operatore Socio Sanitario - OSS" autorizzato dalla Regione Calabria disponibile anche sul sito istituzionale dell'Ente 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;
- di non riportare minorazioni o malattie che possono impedire l'esercizio delle funzioni previste dal profilo professionale dell'Operatore Socio Sanitario;
- di impegnarsi a produrre la certificazione rilasciata dall'ASP competente prima dell'avvio delle attività formative;

- Di aver compreso e di accettare integralmente e senza alcuna riserva, quanto di seguito riportato:
 - 1) La partecipazione al corso è subordinata alla sottoscrizione e consegna della domanda di iscrizione alla Segreteria dell'Agenzia Formativa FO.E.MA.-GROUP Formazione e Management sita in Via Nazionale 18 n. 375 - 89013 Gioia Tauro (RC);
 - 2) Saranno considerate formalizzate solo le iscrizioni per cui è stato versato l'**acconto previsto di € 150,00 (centocinquanta/00)**;
 - 3) E' obbligatorio versare il saldo residuo in **n. 11 rate mensili da € 150,00 (centocinquanta/00)**. Ogni rata dovrà essere versata entro il quinto giorno di ogni mese e comunque prima di essere ammesso a sostenere gli esami finali. Il pagamento potrà avvenire mediante bonifico bancario sull'IBAN **IT 22 T 07601 16300 000052648268** ovvero in contanti presso la segreteria dell'Ente;
 - 4) La quota versata in acconto sarà interamente restituita, senza alcuna maggiorazione per interessi o altro, in caso di mancato avvio del corso;
 - 5) E' facoltà dell'allievo esercitare il diritto di recesso entro 10 (dieci) giorni dalla data di presentazione della domanda. Decorso tale termine l'allievo non avrà più diritto alla restituzione delle somme versate in acconto nonché sarà obbligato alla corresponsione del saldo residuo;
 - 6) per essere ammessi all'esame finale è assolutamente necessario aver frequentato almeno il 90% del monte ore corso (ore previste 1000), nonché aver corrisposto, entro la fine dello stesso e comunque prima di essere ammesso a sostenere gli esami finali, l'intero importo previsto e pattuito per l'iscrizione e frequenza (€ 1.800,00 - milleottocento/00 iva esente). Il mancato rispetto di queste regole comporta per il corsista la non ammissione all'esame finale e l'obbligo di corrispondere il saldo residuo.
 - 7) La frequenza è obbligatoria per tutti i corsisti. Dopo cinque (5) assenze ingiustificate consecutive il corsista sarà automaticamente depennato e dovrà corrispondere il saldo residuo;
 - 8) L'Agenzia Formativa FO.E.MA.-GROUP Formazione e Management si riserva di allontanare i corsisti che si comporteranno scorrettamente, arrecando danno alla struttura e/o ai beni utilizzati o disturbando le lezioni. In queste ipotesi il corsista si obbliga a risarcire tutti i danni arrecati alla struttura e/o ai beni danneggiati; nonché a risarcire i danni arrecati all'immagine dell'Agenzia Formativa e/o alla dignità dei suoi dipendenti e/o docenti. Resta comunque salvo l'obbligo del corsista di corrispondere il saldo residuo.
 - 9) Le attività formative teoriche si svolgeranno presso le sedi formative accreditate dell'Ente: sede principale Via Nazionale 18 n. 375 - 89013 Gioia Tauro (RC); lo stage presso le sedi operative delle Strutture Sanitarie Accreditate con il S.S.R. con cui FO.E.MA.-GROUP Formazione e Management ha sottoscritto e/o sottoscriverà apposita convenzione di collaborazione;
 - 10) Si richiede esplicitamente ai corsisti di:
 - comunicare le assenze alla Segreteria dell'Ente;
 - rispettare gli orari delle lezioni;
 - firmare il Registro di presenza giornaliera

(Luogo e data di presentazione domanda)

Firma _____

Informativa ex D. Lgs. 196/03 e s.m.i. – Tutela della privacy

I dati personali raccolti con questa scheda sono destinati ad essere trattati ed archiviati elettronicamente e/o manualmente nel pieno rispetto dei dettami normativi vigenti e potranno essere oggetto di trattamento solo ed esclusivamente da parte di persone e/o collaboratori esterni di ciò appositamente incaricati. Salvi i diritti di cui agli artt. 7, 8, 9 e 10 del D. Lgs. 30 Giugno 2003 n°196, si precisa che i dati raccolti potranno essere utilizzati al fine di informarla in merito a prossime iniziative, fino a Sua specifica opposizione inibitoria. Titolare del trattamento è il Presidente pro tempore. Con la sottoscrizione della presente l'interessato **esprime libero consenso** ai trattamenti necessari e/o obbligatori cui la scheda si riferisce.

(Luogo e data di presentazione domanda)

Firma _____

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara di sottoscrivere espressamente i punti 2),3),4) 5), 6),7) e 8). In particolare dichiara fin d'adesso di essere stato informato dettagliatamente che in caso di mancato esercizio del diritto di recesso entro 10 (dieci) giorni dalla data di presentazione della domanda, o nel caso di mancata ammissione all'esame finale, o nel caso di 5 (cinque) assenze ingiustificate consecutive, o nel caso di allontanamento per comportamento scorretto, ed in genere in caso di mancata partecipazione al corso per propria decisione, sarà obbligato a versare l'intero importo previsto per iscrizione e frequenza (€ 1.800,00 - millecinquecento/00 iva esente).

(Luogo e data di presentazione domanda)

Firma _____