



## DOMANDA DI PRE ISCRIZIONE AI CORSI DI FORMAZIONE OSS – Operatore Socio Sanitario

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il GG/MM/AA \_\_\_\_\_ codice fiscale  
\_\_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

*oppure (compilare da parte del genitore/tutore nel caso di allievo minorenni)*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il GG/MM/AA \_\_\_\_\_ per conto del  
proprio figlio \_\_\_\_\_ nato/a  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il GG/MM/AA \_\_\_\_\_ codice fiscale  
\_\_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

recapito telefonico fisso (1)\* \_\_\_\_\_ recapito telefonico fisso (2)\*  
recapito telefonico mobile (1)\* \_\_\_\_\_ recapito telefonico mobile (2)\*  
indirizzo e-mail (1)\* \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail (2)\* \_\_\_\_\_

*\*(facoltativo)*

### CONSAPEVOLE

Delle responsabilità derivanti dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000), ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. 445/2000 (Dichiarazione Sostitutiva di Atto Notorio),

### CHIEDE

di essere iscritto al Corso di Formazione Professionale Autofinanziato (barrare la scelta del corso)

OSS -Operatore Socio Sanitario (1012 ore)



**A tal fine dichiara:**

di essere in possesso di:

Titolo di Studio \_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_.

*(nel caso di migranti, provenienti da Paesi non facenti parte dell'Unione Europea), di essere in possesso del permesso di soggiorno in corso di validità o della ricevuta della domanda di rinnovo dello stesso come da copia allegata.*

di essere a conoscenza l'obbligo di frequenza per almeno l' 80% % del monte ore COMPLESSIVO del corso al fine di poter essere ammesso all'esame finale e che il percorso formativo prevede lo svolgimento delle seguenti attività:

**DICHIARA, INOLTRE,**

**DI AVER VERSATO LA QUOTA DI PARTECIPAZIONE PARI AD € \_\_\_\_\_ (EURO  
\_\_\_\_\_ *in lettere* \_\_\_\_\_)**

**Oppure**

**DI AVER VERSATO IL PRIMO ACCONTO PARI AD € \_\_\_\_\_ (Euro \_\_\_\_\_ *in lettere* \_\_\_\_\_) DELLA COMPLESSIVA QUOTA DI PARTECIPAZIONE PARI AD € \_\_\_\_\_ (Euro \_\_\_\_\_ *in lettere* \_\_\_\_\_)**

Allega: 1) documento di identità n. \_\_\_\_\_, in corso di validità, rilasciato in data \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_.

2) copia permesso di soggiorno in corso di validità o della ricevuta della domanda di rinnovo dello stesso *(nel caso di migranti, provenienti da Paesi non facenti parte dell'Unione Europea).*

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma