



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 €. 100,00 **(EURO)** *in lettere* cento/00

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