

N°

**DOMANDA DI ADESIONE AL
CORSO O.S.S. (Operatore Socio Sanitario)
ENTE EROGATORE – IMPRESA SOCIALE GENERAZIONE LAVORO scs
sede legale via San Paolo, 3 NOVOLI (LE)**

Il/La sottoscritto/a

COGNOME		NOME	
Nato/a a (città e Provincia)		Data di nascita	
Cittadinanza		Codice Fiscale	
Residente a (città e Provincia)		CAP	
Indirizzo			
<i>Compilare se diverso dalla residenza</i>			
Domiciliato/a a		CAP	
Indirizzo			
Telefono fisso		Cell.	
e-mail (scrivere in stampatello)	@		
Documento identità		N°	
Rilasciato da		In data	

CHIEDE

di essere iscritto al corso per il conseguimento della qualifica professionale di “O.S.S. – Operatore Socio Sanitario” approvato dalla Regione Puglia, con D. D. n. 252 del 02/03/2023 pubblicata sul Burp - n. 23 del 09-03-2023, che si realizzerà c/o le sedi operative di Impresa Sociale Generazione Lavoro scs e dell’IISS “R. LUXEMBURG partner in Ats site in (spuntare la sede presso cui si desidera seguire il corso):

- via Udine n. 7 Novoli (Le) Tel. 0832714437;
- via Scanderbeg sn Gagliano del capo (Le) Tel. 0833548298;
- via Primo Cielo, C.N., Acquaviva delle Fonti (BA) Tel. 080759251 (referente Dott. Pretuzzellis)

CONDIZIONI GENERALI:

- 1. DURATA DEL CORSO:** 1000 ore articolate come segue: 1° MODULO: 200 ore di teoria; 2° MODULO: 250 ore di teoria; 100 ore di esercitazioni; 450 ore di tirocinio formativo, 600 ore per gli studenti e/o neo diplomati Professionale "Servizi per la sanità e assistenza.
- 2. COSTO COMPLESSIVO:** € 2500,00 (euro duemilacinquecento/00). Costo ridotto ad € 1.800,00 per gli studenti e/o neodiplomati Professionale "Servizi per la sanità e assistenza.
- 3. MODALITA' DI PAGAMENTO:** € 500 al momento dell'iscrizione; € 750 a conclusione del primo modulo; € 750 a conclusione delle ore di teoria; € 500 prima dello svolgimento degli esami finali. Il pagamento dovrà avvenire tramite bonifico bancario sul C/C contraddistinto dal seguente IBAN: IT88Y030691602810000011901 intestato a Impresa Sociale Generazione Lavoro S.C.S.
- 4.** La rinuncia alla partecipazione al corso successivamente al perfezionamento dell'iscrizione o il successivo abbandono durante il corso non darà diritto al rimborso degli importi già versati.

Allega alla presente domanda: dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà e di certificazione; fotocopia del documento di identità in corso di validità; fotocopia del codice fiscale

Luogo e Data _____

firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' e DI CERTIFICAZIONE
(resa ai sensi del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa approvate con D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445)

Il/La sottoscritto/a _____ CF _____
nato/a _____ (____) il ____/____/____ residente in _____ (____)
Via/Piazza _____

in riferimento alla domanda di iscrizione al corso per il conseguimento della qualifica professionale di **“O.S.S. – Operatore Socio Sanitario”** approvato dalla Regione Puglia, con D. D. n. 252 del 02/03/2023 pubblicata sul Burp - n. 23 del 09-03-2023, organizzato dall’ente **Impresa Sociale Generazione Lavoro in ATS con l’IISS “R. LUXEMBURG** , sotto la propria responsabilità, ai sensi dell’art.46 e dell’art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, che i dati e le informazioni sopra riportate corrispondono a verità e di autocertificare la veridicità degli stessi e consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dall’art. 76 del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa approvate con D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni, e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera prevista dall’art. 75 del medesimo T.U.

DICHIARA:

Di possedere il seguente titolo di studio:

Di avere la seguente esperienza professionale e/o lavorativa nel settore

Autorizzo il trattamento dei dati personali contenuti nel mio curriculum vitae in base all’art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e all’art. 13 del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Luogo e Data _____

Il dichiarante _____

La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell’impiegato dell’Ente che ha richiesto il certificato. In luogo dell’autenticazione della firma si allega copia fotostatica del documento di identità. La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi. Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000). La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d’ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. 445/2000). Esente da imposta di bollo ai sensi dell’art. 37 D.P.R. 445/2000.