



DOMANDA DI ISCRIZIONE

Prot. ____ / ____ /OSSS2

Spett.le **Consorzio CO.ME.S.**
Via Ciccarello, 77
89132 - REGGIO CALABRIA

Il/La sottoscritto/a

| | | |
|-------------------------|---------------------|---------------|
| Cognome | Nome | |
| Nato/a | Prov. | II / / |
| Nazionalità | Cod. fiscale | |
| Residente a | Prov. | CAP |
| Via | | nr. |
| Domiciliato a | Prov. | CAP |
| Via | | Nr. |
| Titolo di studio | | |
| Telefono | Cell. | |
| E-mail | | |

CHIEDE

di essere iscritto/a al **CORSO LIBERO a pagamento per il CONSEGUIMENTO DELLA QUALIFICA DI Operatore Socio-Sanitario con Formazione Complementare**, ai sensi delle DGR n. 639/2018 e n. 96/2019 della Regione Calabria, autorizzato dalla Regione Calabria Dipartimento Istruzione, Formazione e Pari Opportunità Settore 03 – Formazione e Istruzione Professionale, ITS con Decreto n. 3351 del 28/03/2022.

A tal uopo dichiara:

- di avere preso visione del programma del corso;
- di impegnarsi a frequentare con regolarità e profitto il corso fino alla sua conclusione;
- di impegnarsi al pagamento del costo totale (ivi comprese imposte e tasse) previsto, pari a Euro 900,00 (euro novecento/00), fatte salve le Convenzioni stipulate con Enti, Associazioni di volontariato, ecc.

In particolare dichiara di essere consapevole:

- della durata complessiva del corso pari a n. 400 ore e della sua calendarizzazione;
- della percentuale di assenze da non superare per avere diritto all'ammissione agli esami finali pari al 10%;
- che, in caso di ammissione al corso, sarà tenuto/a a **versare per intero la quota di partecipazione** sopra definita, anche in caso di dimissioni anticipate o esclusione per mancata frequenza delle lezioni.

A tal fine allega fotocopia dei seguenti documenti:

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Doc. Identità non scaduto | <input type="checkbox"/> Codice Fiscale |
| <input type="checkbox"/> Copia dell'Attestato di Qualifica Professionale di "Operatore Socio Sanitario (O.S.S.)" | |
| <input type="checkbox"/> Fotocopia conforme all'originale permesso di soggiorno (solo per i cittadini stranieri) | |

Il/la sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie sopra riportate sono veritiere (art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000).

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento personale dei dati ai sensi del D. Lgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR - Regolamento Generale sulla Protezione Dati (Regolamento UE 2016/679).

Autorizza **Non autorizza**

Luogo e data _____

FIRMA
