

DOMANDA DI AMMISSIONE

AL CORSO DI QUALIFICA PER "OPERATORE SOCIO SANITARIO" COD SIMON: 17493 Asse R -Misura 0

...l sottoscritt: Cognome Nome

DICHIARA

di aver preso visione del Bando di ammissione per n. **20** allievi del Corso di qualifica professionale per "Operatore socio sanitario" Codice SIMON: **17493** Asse R -Misura 0,

CHIEDE

di essere ammess..... a partecipare al Corso di Formazione per la Qualifica di "Operatore socio sanitario" della durata di 1000 ore che si svolgerà presso la sede del **Centro di Orientamento e Formazione Professionale A.N.I.P.E. Via dell'Acquedotto Romano, snc 04023 – Formia – LT**, nei locali sottostanti l' I.T.C. PARITARIO Ada Colabello - tel. 0771-22039 e presso le Strutture Ospedaliere dell' Azienda USL Latina.

{ La partecipazione al corso avrà il costo di € **3.600,00** dilazionabile in tre rate: - anticipazione 1 rata pari al **40%** (€ **1.440,00**) max 15 gg prima dell'inizio del corso, la 2 rata pari al **40%** (€ **1.440,00**) alla metà del Corso, il saldo pari al restante **20%** (€ **720,00**) max 15 gg prima della data degli esami finali per il conseguimento della Qualifica. Ai corsisti sarà rilasciata regolare fattura. }

PAGAMENTO A RATE PAGAMENTO CON FINANZIAMENTO **12** **18** **24**

A tal fine, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni contenute negli articoli 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n° 445 e consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci ai sensi dell'articolo 76 del predetto D.P.R. n° 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere nat.... a: _____ prov. _____ il _____

Cod. fisc. _____ di essere residente a _____ prov. _____

via _____ n° _____ cap. _____

telefono fisso _____ Mobile _____ e-mail _____

di essere in possesso dei requisiti richiesti, **come da elenco della documentazione all. "A" che si allega alla presente domanda;**

di prendere atto che il possesso di eventuali titoli professionali in ambito socio-sanitario non saranno oggetto di valutazione ai fini dell'ammissione alla prova selettiva.

Autorizzo la trattazione dei dati personali ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n° 196.

Data _____ Firma _____

RECAPITO CUI SI INTENDE RICEVERE COMUNICAZIONI (solo se diverso da quello indicato sopra)

Comune _____ Prov. _____ Cap _____

Via _____ n. _____ Tel. _____

del Sig. _____

allegata alla domanda di ammissione al Corso di Qualifica per " Operatore Socio Sanitario CODICE SIMON : 17493 Asse R – Misura 0

1) Titolo di studio : _____

2) Fotocopia Documento Riconoscimento valido

3) _____

Firma _____

Centro di Orientamento e Formazione Professionale A.N.I.P.E.

Si riceve dal Sig. _____

Domanda di ammissione al Corso di Qualifica per " Operatore Socio Sanitario CODICE SIMON : 17493 Asse R – Misura 0 , corredata della seguente documentazione:

1) Titolo di studio : _____

2) Fotocopia Documento Riconoscimento valido

3) _____

Prot. _____ **del** _____ **per accettazione :**
Centro di Orientamento e Formazione Professionale
A.N.I.P.E. _____