

## DOMANDA DI AMMISSIONE

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

...I ..... sottoscritt .....: Cognome ..... Nome .....

### DICHIARA

di aver preso visione del Bando di ammissione per n. **25** allievi del Corso di qualifica professionale per "Operatore socio sanitario" Codice SIMON: **17496** 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 Portella Superiore, 04020 - MONTE SAN BIAGIO - LT** - nei locali dell'ISTITUTO COMPRENSIVO "Giovanni XXII" tel. 0771-569279 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 : 17496 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 : 17496 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.** \_\_\_\_\_