



MODULO D'ISCRIZIONE AL CORSO DI "OPERATORE SOCIO SANITARIO"

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ PROV. _____ IL _____

RESIDENTE IN: _____ VIA _____

C.F. _____ PROFESSIONE _____

TELEFONO _____ E-MAIL _____

RICHIEDE L'ISCRIZIONE AL CORSO PER "OPERATORE SOCIO SANITARIO"

Organizzato dalla società cooperativa "Cooperazione Sud per l'Europa, sulla scorta delle Linee di indirizzo della Regione Calabria per la formazione al fine del conseguimento della suddetta qualifica

ACCETTANDO LE SEGUENTI MODALITA' DI PAGAMENTO:

COSTO TOTALE:	2.200,00 €
ACCONTO ALL'ISCRIZIONE:	200,00 €
5 RATE DA:	400,00 €

Il pagamento delle rate dovrà essere disposto con cadenza bimestrale a partire dalla data di inizio del corso entro il 10 del mese.

DICHIARA,

consapevole delle conseguenze a cui può incorrere in caso di false attestazioni o dichiarazioni mendaci (Artt. 48.76 D.P.R. 28/12/2000 N° 445)

di aver i requisiti richiesti ossia:

- Diploma di scuola dell'obbligo;
- Compimento del diciottesimo anno di età alla data di iscrizione al corso.
- Possesso del certificato di idoneità attestante l'assenza di minorazioni o malattie che possono impedire l'esercizio delle funzioni previste dal profilo professionale di O.S.S. rilasciato da un struttura pubblica del Servizio Sanitario Nazionale

Luogo _____

Data _____

Firma _____



Autorizza inoltre:

- Al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art 13 del D. Lgs. 196/2003;

Si allegano alla presente i seguenti documenti:

- Copia documento di identità;
- Copia codice fiscale o tessera sanitaria.
- Certificato di idoneità attestante l'assenza di minorazioni o malattie che possono impedire l'esercizio delle funzioni previste dal profilo professionale di O.S.S. rilasciato da un struttura pubblica del Servizio Sanitario Nazionale.
- Copia della ricevuta di bonifico per il pagamento della quota d'iscrizione:

il bonifico deve essere disposto secondo le seguenti coordinate:

Beneficiario: COOPERAZIONE SUD PER L'EUROPA SOCIETA' COOPERATIVA

Iban: IT41H0888742830000000087510

Causale: Iscrizione corso oss anno 2017/18

Importo: 200,00 €

Luogo _____

Data _____

Firma _____