



Corso Professionale Riconosciuto per "Operatore Socio Sanitario" (OSS).

DOMANDA DI AMMISSIONE (DA COMPILARE IN MODO LEGGIBILE)

Il/La sottoscritto/a _____

chiede

di essere ammesso/a a frequentare il corso di formazione per "**Operatore Socio Sanitario**" (OSS).

A tal fine, il/la sottoscritto/a dichiara ai sensi degli artt. 46 e 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n. 445 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa) sotto la propria responsabilità e a conoscenza delle conseguenze penali di cui agli artt. 483, 495 e 496 c.p. in caso di dichiarazioni false o incomplete:

- di essere nato/a a _____ il _____
- di essere residente a _____ CAP _____
in via _____
- Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____
- Codice fiscale _____
- di essere di cittadinanza _____
- di essere in possesso del titolo di studio di _____
conseguito presso _____ in data _____
- di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso (in caso contrario indicare eventuali condanne e procedimenti) _____
- **di essere in stato di disoccupazione/inoccupazione** dal _____, come risulta dalla certificazione del CSL allegata alla presente domanda;

- **di impegnarsi a frequentare regolarmente la parte teorica e pratica del corso. Presupposto per l'ammissione all'esame finale è la presenza di almeno il 90 % in ciascuna area disciplinare da parte delle partecipanti e dei partecipanti al corso.**
- **dichiara inoltre di essere in condizioni psico-fisiche che permettano di svolgere il tirocinio pratico previsto durante il corso.**

Per quanto riguarda il versamento della quota di iscrizione e frequenza del Corso [stabilito in € 3.500,00 parzialmente coperto tramite una Borsa di Formazione a carico dell'Unione dei Comuni "Parte Montis" pari ad € 1.000,00], il sottoscritto si impegna a saldare la restante quota di partecipazione di € 2.500,00 (Euro duemilaecinquencento) in forma diretta o previa sottoscrizione del finanziamento previsto con interessi zero per 12 mesi secondo le modalità che verranno comunicate dall'Agenzia Formativa.

Allega alla presente domanda:

- ISEE relativo all'anno 2015;
- copia di un documento di identità in corso di validità;
- tessera sanitaria.

_____, li _____

In fede

La domanda dovrà essere recapitata o spedita all'Unione dei Comuni entro il 13 MAGGIO 2016 con i seguenti mezzi:

- Raccomandata AR (sarà valido il timbro postale)
- Mail certificata all'indirizzo unionepartemontis@pec.it;
- A mano nei giorni di Lunedì e Mercoledì pomeriggio presso gli uffici dell'Unione dei Comuni, ubicati in Via Foscolo n° 1.

Chiarimenti possono essere richiesti presso gli Uffici dei Servizi Sociali di ciascun Comune, per mail all'indirizzo unione.partemontis@unionecomunipartemontis.gov.it oppure al numero di telefono dell'Unione nei giorni di lunedì e mercoledì pomeriggio: **0783 996032**