



DOMANDA DI AMMISSIONE AL CORSO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE PER

OPERATORE SOCIO SANITARIO

Autorizzato dalla Regione Lazio con determinazione n. G00950 del 24/10/2013 e ss.mm.ii.

Codice ASL LT/17

(dichiarazione sostitutiva di certificazione, art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Compilare il modulo in stampatello

Il/La sottoscritto/a (cognome)(nome).....
Nato/a aProvinciail
residente a
Via n. CAP
codice fiscale Tel.....
Cell. E-mail

CHIEDE

di essere ammesso/a al corso di formazione professionale per Operatore Socio Sanitario
ambito territoriale Cassino (FR) codice ASL LT/17

A tal fine, consapevole delle conseguenze penali previste per dichiarazioni mendaci e falso in atti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità **dichiara** (barrare le caselle di interesse):

- di essere in possesso della cittadinanza
- di essere in possesso del diploma di scuola dell'obbligo come da allegato

Se cittadino straniero:

- di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno come da allegato

Dichiara inoltre di accettare le condizioni relative alla frequenza obbligatoria al corso di durata pari a 1000 ore (numero di assenze non superiore al 20% del monte ore totale del corso e, comunque, non superiore al 50% di ogni singola disciplina, salvo eventuali recuperi di un numero di ore limitate previa autorizzazione della Regione Lazio).

Dichiara di essere a conoscenza del costo totale del corso (€ 3.000,00) e delle modalità di pagamento (rateizzazioni) da effettuarsi solo ad avvenuta ammissione.



Allegati:

- Fotocopia di un documento di identità in corso di validità (da allegare pena esclusione)
- Copia autenticata del diploma di scuola dell'obbligo (anche in autocertificazione fino all'avvio del corso)
- Permesso di soggiorno (per lavoratori stranieri) (da allegare pena esclusione)
- Copia della dichiarazione di valore qualora titolo di studio conseguito all'estero (per lavoratori stranieri)

Acconsento alla comunicazione dei miei dati e al loro successivo uso ai soli fini della frequenza del corso in oggetto ai sensi della legge n.196/03. sulla tutela dei dati personali.

DATA

FIRMA RICHIEDENTE

* Si precisa che i requisiti vanno posseduti alla data di chiusura delle iscrizioni (19/02/2014) e che la mancata presentazione della documentazione richiesta comporta l'esclusione dal corso.

Il controllo delle domande e dei relativi allegati e la prova selettiva saranno effettuate da un'apposita commissione. La graduatoria degli idonei, la sede e l'orario delle selezioni saranno pubblicati il giorno 21/02/2014 sul sito www.fbformazione.net

La selezione avverrà attraverso una prova di cultura generale di n. 30 quiz a risposta multipla e la graduatoria degli idonei alla frequenza del corso sarà stilata in base all'esito delle prove selettive.

La pubblicazione della graduatoria, sull'albo della Azienda USL di Latina e sul sito www.fbformazione.net, ha valore di comunicazione ufficiale agli interessati, che entro 2 giorni dovranno perfezionare l'iscrizione al corso, provvedendo al versamento della quota di iscrizione secondo le modalità che verranno indicate, pena l'esclusione dal corso. Ai corsisti sarà rilasciata regolare fattura.



Costi e modalità di pagamento

Costo totale del corso: € 3.000,00

Esempio di rateizzazione

Prima rata: € 1.200,00 entro 2 giorni dalla pubblicazione della graduatoria.

Seconda rata: € 900,00 al completamento di n. 500 ore di corso.

Saldo: € 900,00, entro il decimo giorno antecedente la data degli esami finali per il conseguimento della Qualifica.