

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ***MULTIFORM- FORMAZIONE, ASSISTENZA, RICERCA E CONSULENZA TECNICA***

***VIA ROMA , SNC – 88050 ZAGARISE (CZ) – COD.FISC./P.I.97092310792***

***multiform.zagarise@gmail.com*** ***– P.E.C.*** ***multiform2017@pec.it*** ***- TEL.09611916780***

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

|  |
| --- |
| SPAZIO RISERVATO ALL’ENTE PROTOCOLLO IN ENTRATAPROT. N.\_\_\_\_\_\_\_\_\_DEL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 Spett.le

MULTIFORM

**Oggetto:** Domanda di partecipazione al corso di formazione e di ammissione alla prova di esame per il conseguimento della qualifica di “operatore socio-sanitario (OSS), ai sensi della D.G.R. N. 167 del 13/05/2016

**1.Dati personali e indirizzo – SI RACCOMANDA DI SCRIVERE IN MODO LEGGIBILE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome:** | **Nome:** |
| **C.F.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Professione:** | **Nazionalità:** |
| **Luogo di nascita:** | **Data di nascita:** |
| **Indirizzo** | **N°** | **Comune:** | **CAP :** | **Prov. :** |
| **Telefono casa:** | **Cell.:** | **Email :** |

**CHIEDE DI PARTECIPARE AL CORSO AUTOFINANZIATO**

**“*OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS)”***

**2.Modalità di pagamento**

|  |  |
| --- | --- |
| **La quota di partecipazione è pari a € 2.500,00** | Dovrà essere versata in un'unica soluzione in contanti/assegno intestato a MULTIFORM. – ZAGARISE - OPPURE:* 20% al momento di sottoscrizione del Modulo di iscrizione;
* 40% a metà percorso formativo
* 40% Saldo al termine del Corso

Possibilità di pagamento a rate da concordare |

**3.Dati amministrativi per l’intestazione della ricevuta**

|  |
| --- |
| **La fattura relativa alla quota d’iscrizione, emessa a richiesta del partecipante, qualora riferita a una pubblica amministrazione sarà esente da IVA ai sensi dell’art.10 del DPR 26/11/1972 n.633 e successive modificazioni.** |
| La ricevuta/ fattura dovrà essere intestata a : |
| **Ragione sociale o Nome e Cognome:** |  |
| **Indirizzo:** | **N°** | **Comune:** |
| **CAP:** | **Prov:** | **Telefono:** |
| **Partita IVA o Codice Fiscale** |  |

**4.Dichiarazione “AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000”**

Dichiaro di:

* Avere un’età compresa tra i 18 e i 40 anni;
* Di essere cittadino italiano;
* Di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	+ Conseguito in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Essere a conoscenza delle norme regionali che regolamentano la frequenza ai corsi per i quali è previsto lo svolgimento di una parte teorica e di una parte pratica.

**Si allegano alla presente i seguenti documenti**:

- Copia documento di riconoscimento;

- Copia codice fiscale o tessera sanitaria. Luogo e Data Firma partecipante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_