



Allegato 5 - Domanda di ammissione al corso da parte dell'Allievo

(Scrivere a macchina o in stampatello)

*All'Ente di Formazione
Fraternita di Misericordia di Pedara
Via Pizzo Ferro, 05
95030 PEDARA (CT)*

Il/La sottoscritto/a _____
(Cognome e Nome)
nato/a _____ (provincia di _____) Stato _____
il _____ codice fiscale _____
e residente a _____ (provincia di _____) in via/Piazza _____
n.civico _____ c.a.p. _____,
telefono _____ cellulare _____;

CHIEDE

di essere ammesso/a al corso di formazione per Operatore Socio Sanitario (OSS) della durata di 1000 ore, ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 22 febbraio 2001.

Dichiara sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

1. di essere cittadino italiano/cittadino _____;
(indicare la cittadinanza di altro stato dell'Unione Europea)

2. di essere in possesso del diploma di scuola dell'obbligo secondo le vigenti disposizioni legislative e successive modificazioni relative all'elevamento dell'obbligo di istruzione

(Il titolo di studio richiesto conseguito nei paesi della Unione Europea dovrà essere corredato da traduzione ufficiale in lingua italiana integrato dalla dichiarazione di valore, in stesura originale o copia autenticata, rilasciata dall'Autorità diplomatica o Consolare competente.

Il titolo di studio conseguito nei paesi extracomunitari, dovrà essere corredato di traduzione ufficiale in lingua italiana integrato dalla dichiarazione di valore, in stesura originale o copia autenticata, rilasciata dalla rappresentanza italiana competente per territorio nel paese di origine.)

1/2

MISERICORDIA PEDARA

Via Pizzo Ferro, 5 - 95030 Pedara (CT)

Tel. 095915100 - Fax 0957801710

C.F. 90004780871 - C.C.P. 17622952

E-mail: misericordiaprogetti@gmail.com - internet: <http://www.misericordiapedara.191.it>



3. di avere compiuto il 17° anno di età
4. di essere in regola con il permesso di soggiorno e con i documenti relativi al titolo di studio
(se cittadino extracomunitario)
5. di non avere effettuato domanda di iscrizione a corsi di formazione per Operatori Socio Sanitari (OSS) presso altri Enti precedente alla data di decorrenza del presente avviso;
6. di non avere effettuato domanda di preiscrizione a corsi di formazione per Operatori Socio Sanitari (OSS) presso codesto o altri Enti.

Dichiara di accettare tutte le disposizioni del presente avviso.

Dichiara inoltre di eleggere, per ogni comunicazione, preciso recapito al seguente indirizzo (indicare anche il recapito telefonico/cellulare):

città _____ (provincia _____)

via/Piazza _____ n. _____ c.a.p. _____

telefono _____ cellulare _____

posta elettronica _____;

impegnandosi a comunicare eventuali variazioni successive.

Ferme restando le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per l'ipotesi di dichiarazioni mendaci, qualora dai controlli emerga la non veridicità della dichiarazione rese dal concorrente, ai sensi dell'art. 75 dello stesso D.P.R. 445/2000, il medesimo decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 autorizza al trattamento dei dati personali forniti data _____

Firma

Nota Bene: alla domanda dovrà essere allegata una fotocopia in carta semplice di un documento di identità

MISERICORDIA PEDARA

Via Pizzo Ferro, 5 - 95030 Pedara (CT)

Tel. 095915100 - Fax 0957801710

C.F. 90004780871 - C.C.P. 17622952

E-mail: misericordiaprogetti@gmail.com – internet: <http://www.misericordiapedara.191.it>