



DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il sottoscritto/a

Cognome _____

Nome _____

nato/a il

--	--	--

 a _____ (comune o città)

--	--

 Stato _____ (prov.) _____ (nazione)

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Sesso M F

CHIEDE

di essere ammesso/a alle selezioni del corso:

“OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS) – cod.simon _____”

Approvato dalla Regione Lazio con D.D. n° G00950 del 24/10/2013 e successiva rettifica n° G01762 del 07/11/2013

AL RIGUARDO DICHIARA

(ai sensi degli articoli 46 e 47 dei DPR 445/2000)

- di possedere la cittadinanza italiana: SI NO
- o di esser cittadino del seguente Stato _____
- di essere residente nel Comune di _____ Prov _____
in Via _____, n. _____ CAP _____
tel. abitazione _____ tel. cell. _____
e-mail _____

(Nel caso in cui la residenza non coincida con il domicilio)

- di essere domiciliato nel Comune di _____ Prov _____
in Via _____ , n. _____ CAP _____
- di non aver conseguito uguale qualifica ed attestato professionale riconosciuto da un Ente Regionale;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio:

rilasciato dall'Istituto (scuola) _____
del Comune (o città) di _____ nell'anno _____

Allega la seguente documentazione (a pena di esclusione):

- fotocopia del documento di identità (fronte/retro);
- fotocopia del permesso di soggiorno (se cittadino extracomunitario);

Dichiara di essere a conoscenza che l'ammissione al corso è subordinata al pagamento di €. 2.800,00 secondo le seguenti modalità che con la presente espressamente accetta:

entro 05 giorni dall'esito delle procedure di selezione, ove sia ammesso al Corso, a pena di esclusione, il sottoscritto si impegna a presentare la documentazione in originale, nonché ricevuta di avvenuto versamento di €. **500,00** (cinquecento/00), su apposito conto corrente che verrà anticipatamente comunicato.

Il pagamento **residuo** della quota di iscrizione sarà dal sottoscritto effettuato seguendo i criteri indicati dall'ente e dalla determina regionale di autorizzazione.

Dichiaro infine di accettare la clausola inserita nel Contratto secondo la quale, nel caso in cui un candidato, anche per motivi non imputabili allo stesso, rinunci in qualsiasi momento al Corso, non si procederà al rimborso delle quote già pagate.

Luogo e Data

Firma candidato/a

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 DEL D.LGS n. 196/2003

Ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") che prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, la ASL-RMH, titolare del trattamento, informa che lo stesso sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi dell'art. 13 della normativa indicata, La informiamo che i dati personali da Lei forniti saranno raccolti e trattati nel rispetto delle norme di legge, per finalità connesse allo svolgimento delle attività di selezione delle domande e dei candidati al Corso per O.S.S. Tali dati verranno trattati anche in modalità informatizzata, attraverso strumenti elettronici idonei a garantirne comunque la loro sicurezza e la riservatezza; specifiche misure di protezione sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Si rammenta che ai sensi dell'art. 7 del del D.Lgs n. 196/03 Lei ha il diritto di conoscere i dati che La riguardano, utilizzati dal Titolare; nel caso in cui i dati non fossero del tutto corretti, ha altresì il diritto di aggiornamento, di rettifica o di integrazione degli stessi; ha infine il diritto, alle condizioni previste dall'art. 7, di opporsi al trattamento nonché, in caso di violazione di legge, di richiedere la cancellazione, la anonimizzazione e il blocco dei dati trattati.

Luogo e Data

Firma candidato/a

La presente vale come ricevuta di richiesta di partecipazione al corso di formazione professionale, qualificazione in **O.S.S.** cod. simon_____ per il conseguimento dell'attestato di qualifica.

Roma, li _____

Firma