



CORSO DI QUALIFICA PER OPERATORE SOCIO SANITARIO
(Autorizzato all'autofinanziamento dalla Regione Lazio con Determinazione n G03728 del 06/12/2013)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

il/la sottoscritt _____

nat_ a _____ il _____

cod. fiscale _____

Prov.Nazione. _____

CHIEDE

di essere ammess_ a frequentare il Corso di formazione per il conseguimento dell'attestato di Operatore Socio Sanitario (OSS) anno formativo 2014, codice Simon

A tal fine, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, **dichiara di :**

1. Essere **cittadino**.....
- 2 Essere **residente** nel Comune di.....Prov.
Via/Piazza.....n
Cap.....Tel.....cell.....
E-mail.....
3. Essere in possesso del diploma di scuola dell'obbligo (o titolo equipollente conseguito all'estero) conseguito nell'anno.....presso istituto.....
sede in.....via.....
4. Aver compiuto il 17° anno di età
5. Essere in possesso del permesso di soggiorno valido (per i soli soggetti stranieri)

Il/la sottoscritt è consapevole che:

non saranno prese in considerazione domande che perverranno dopo le ore 12.00 della data di scadenza. Per le domande inviate tramite A/R, non farà fede il timbro postale, ma la data e l'ora di arrivo. L' Amministrazione non si assume responsabilità alcuna per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del concorrente nè per eventuali disguidi postali o comunque imputabili a fatto terzi, a caso fortuito o a forza maggiore.

In base ai risultati della prova di selezione verrà stilata la graduatoria finale degli idonei, i primi 30 accederanno alla frequenza del corso. Si ricorda che a parità di punteggio ha la precedenza il candidato più giovane d'età (art. 2 legge n 191 16/06/98)

La frequenza del corso è obbligatoria e le assenze non potranno superare il 20% del monte ore totale e il 50% per singola materia.

La frequenza del corso è subordinata al pagamento di una quota di 2800,00 euro procapite suddivisa in 5 (cinque) rate, la prima di euro 500,00 all'inizio del corso, le restanti, da versare alle date di scadenza che saranno comunicate successivamente agli ammessi al corso.

In caso di superamento delle prove, ai fini dell'iscrizione, dovrà provvedere al versamento della relativa quota di pagamento di 500,00 euro.

Gli ammessi alla frequenza del corso dovranno effettuare l'iscrizione entro una settimana dalla data di pubblicazione della graduatoria.

I candidati vincitori che non ottempereranno a quanto sopra, nei termini prescritti, saranno considerati rinunciari ed i posti che risulteranno vacanti saranno attribuiti ai successivi candidati secondo la graduatoria di merito e fino all'esaurimento dei posti messi a concorso.

Gli ammessi al corso dovranno presentare certificato in carta semplice rilasciato dal settore di Medicina Legale dell'Azienda Sanitaria Locale di residenza attestante l'idoneità specifica all'attività di Operatore Socio Sanitario.

Durante l'anno scolastico, nei tempi e nei modi previsti, gli studenti saranno sottoposti a visita medico/competente come previsto dalle norme vigenti.

L'attivazione del corso è subordinata al raggiungimento di una quota minima di n. 20 partecipanti al corso.

Allega alla presente domanda:

— Copia semplice, autocertificata, del titolo relativo all'obbligo scolastico; (Per il titolo di studio può essere prodotta un'autocertificazione fino al momento dell'avvio del corso. Successivamente dovrà essere prodotta copia autenticata del titolo posseduto).

— copia semplice, autocertificata, del certificato di equipollenza del titolo di studio (per stranieri), può essere prodotta un'autocertificazione fino al momento dell'avvio del corso. Successivamente dovrà essere prodotta copia autenticata del certificato di equipollenza..

___ Copia del permesso di soggiorno valido (per i solo soggetti stranieri)

___Copia del seguente documento d'identità, in corso di validità: Tipo.....

-Num..... rilasciato da.....

ai sensi dell'art.38, c3, del DPR 445/2000

-- Breve Curriculum Vitae

I dati dei quali l'Azienda Ospedaliera San Camillo e L'A.L.E.S.S. Don Milani entrano in possesso a seguito della presente domanda di partecipazione al corso OSS, verranno trattati nel rispetto del D.Lgs n 196 /03 e successive modificazioni.

Data

Firma

Per i minorenni
Firma del Tutore