

 Unione europea Fondo sociale europeo	 <b>REGIONE LAZIO</b>	 <i>Ministero del Lavoro          e delle Politiche Sociali</i> Ufficio Centrale OFPL	
	 <b>ALESS DON MILANI</b> "L'ISTRUZIONE RENDE LIBERI" ASSOCIAZIONE LAVORO E SICUREZZA SOCIALE	 <b>ASL ROMA B</b>	

## 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:**

***"Percorso di riqualificazione del personale A.D.E.S.T. in OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS) – cod.simon 18943 "***

Autorizzato dalla Regione Lazio con determinazione n. B00592 del 18/02/2013 istituito presso ALESS don Milani, via Don Orione, 8 – 00183 Roma, in ATS con ASL RM B via Filippo Meda, 35 - 00157 Roma

**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. \_\_\_\_\_

(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: (barrare la voce interessata)
  - Assistente Domiciliare dei Servizi Tutelari (ADEST) conseguito nell'anno \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
  
  - Operatore dei Servizi Sociali (rilasciato dal Ministero Pubblica Istruzione) conseguito nell'anno \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
  
  - Tecnico dei Servizi Sociali (rilasciato dal Ministero Pubblica Istruzione) conseguito nell'anno \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
  
  - Assistente di Base (rilasciato dalla Regione Lazio) conseguito nell'anno \_\_\_\_\_
  
  - presso \_\_\_\_\_
  
  - Altro titolo equipollente \_\_\_\_\_
  
- Di essere impegnato presso la seguente struttura \_\_\_\_\_

**Allega la seguente documentazione (a pena di esclusione):**

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

**Dichiara di essere a conoscenza che l'ammissione al corso è subordinata al pagamento di €. 1.320,00 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 €. **330,00** (trecentotrenta/00), su apposito conto corrente che verrà anticipatamente comunicato.

Il pagamento **residuo** della quota di iscrizione sarà dal sottoscritto effettuato come segue:

- Seconda rata di € 594,00 (cinquecentonovantaquattro/00), pari al 45% della quota totale, entro il 40% del percorso di aula;
- Terza rata di € 396,00 (trecentonovantasei/00), pari al 30% della quota totale, entro l' 80% del percorso di aula.

**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, riqualificazione del personale **A.D.E.S.T.** in **O.S.S.** cod. simon\_\_\_\_\_ per il conseguimento dell'attestato di qualifica.

Roma, lì \_\_\_\_\_

Firma