

MODULO RICHIESTA PARTECIPAZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE PER L'ACQUISIZIONE DELLA QUALIFICA DI OPERATORE SOCIO-SANITARIO (OSS) AA/2024/2025.

Indicare una o più scelte:

CORSO A con sede a Bracciano, Via Santa Lucia n. 22 nei giorni Martedì - Giovedì dalle ore 14:00-19:00

CORSO B con sede a Bracciano, Via Santa Lucia n. 22 nei giorni Mercoledì – Venerdì dalle ore 14:00-19:00

CORSO C con sede a Civitavecchia, Piazza Verdi nei giorni Mercoledì - Venerdì dalle ore 14:00-19:00

COMPILARE IN STAMPATELLO

l sottoscritto _____ chiede di essere ammesso/a alla selezione per il Corso per Operatore Socio-Sanitario – annualità 2024/2025 presso la sede Asl Roma 4, per l'attività di tirocinio anche sul territorio dell'Asl Roma 4, avvalendosi della facoltà di autocertificazione prevista dall'art. 47 del D.P.R. 28 dic. 2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o produzioni di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 dichiara sotto la propria responsabilità:

di essere nat_ a _____ (____) il ___/___/_____

Nazione _____

Codice Fiscale _____ Cittadinanza _____

(al momento della selezione, i candidati stranieri dovranno essere in possesso di regolare permesso di soggiorno e in regola con le vigenti normative in materia)

di essere residente a _____ (____) c.a.p. _____

Via _____ n° _____

di essere domiciliato a _____ (____) c.a.p. _____

Via _____ n° _____

Telefono _____ e-mail _____

di essere in possesso del seguente titolo di studio _____

di cui si allega copia

fotocopia del documento d'identità e codice fiscale **di cui si allega copia** (fronte/retro)

di essere in possesso della Certificazione di Competenza Linguistica livello B1, di cui si allega copia, rilasciata da _____

in data _____

oppure

di essere in possesso del titolo di studio conseguito all'interno del territorio dell'Unione Europea accompagnato da dichiarazione di valore **di cui si allega copia**.

(i titoli di studio conseguiti in Paesi comunitari o extracomunitari, dovranno essere prodotti, a cura dell'interessato, corredati di traduzione ufficiale giurata in lingua italiana, integrati dalla dichiarazione di valore in stesura originale o copia autenticata, rilasciata dalla rappresentanza italiana competente per territorio nel paese di origine – Ambasciata italiana del paese in cui è stato conseguito – o dai Tribunali Ordinari, competenti per territorio).

Il sottoscritto si impegna al versamento della quota di iscrizione al corso, pari ad Euro 1.000,00, in un'unica soluzione, da corrispondere mezzo bonifico bancario alla Asl Roma 4 consapevole che la quota non è riducibile né rimborsabile in caso di mancato superamento delle verifiche intermedie, di mancata ammissione all'esame finale del corso o di superamento dello stesso (esame di qualifica). Il sottoscritto è a conoscenza che il pagamento dovrà essere effettuato solo dopo aver ricevuto comunicazione ufficiale da parte della Asl Roma 4 di aver superato la prova e che sia entrato in graduatoria nei posti a disposizione, ovvero oltre tale posizione in caso di rinunce, e dopo conferma dell'idoneità psicofisica da parte del Medico Competente dell'Asl Roma 4.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ART. 13- Regolamento UE/2016/679

Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa allegata, ed esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali.

Data _____

Firma (se minore quella di chi esercita la responsabilità genitoriale)

INFORMATIVA ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo UE/2016/679 sul trattamento dei dati personali