

Modulo di Iscrizione¹
Corso di formazione iniziale
OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS)

CON INTERA QUOTA DI PARTECIPAZIONE A CARICO DEL PARTECIPANTE

Il percorso formativo verrà attivato al raggiungimento del numero minimo di iscrizioni previste, previa richiesta e autorizzazione al rilascio della certificazione formale prevista da parte della Regione Emilia Romagna.

Il/La sottoscritto/a manifesta il proprio interesse ad iscriversi al corso in oggetto e a tal fine **DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ** di: *(Le presenti dichiarazioni/informazioni sono rese ai sensi delle disposizioni di cui all'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28.12.00 per il rilascio di dichiarazioni sostitutive di certificazione e consapevole delle pene stabilite dagli articoli 495 e 496 del codice penale per false attestazioni e dichiarazioni)*

Nome _____ Cognome _____
Data nascita _____ Comune di nascita _____ prov. _____
Codice Fiscale _____
Nazionalità _____ Cittadinanza _____
Residente in Via/P.zza _____ CAP _____ Città _____ prov. _____
N. Telefonico _____ Cell. _____
E-Mail _____

FOTO

se il domicilio attuale è diverso dalla residenza

Via _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____

Titolo di Studio (*barrare*)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Nessun titolo | <input type="checkbox"/> 12. Specializzazione post laurea (specialistica) |
| <input type="checkbox"/> 2. Licenza elementare | <input type="checkbox"/> 13. Dottorato di ricerca |
| <input type="checkbox"/> 3. Licenza media | <input type="checkbox"/> 14. Qualifica professionale di primo livello,
eventualmente conseguita anche tramite apprendistato |
| <input type="checkbox"/> 4. Diploma di scuola superiore di 2-3 anni che non
consente l'iscrizione all'università | <input type="checkbox"/> 15. Qualifica professionale di secondo livello,
eventualmente conseguito anche tramite apprendistato |
| <input type="checkbox"/> 5. Diploma di scuola superiore di 4-5 anni che consente
l'iscrizione all'università | <input type="checkbox"/> 16. Certificato di Tecnico Superiore (IFTS) |
| <input type="checkbox"/> 6. Accademia di Belle Arti, Istituto Superiore Industrie
Artistiche, Accademia di Arte Drammatica, ... | <input type="checkbox"/> 17. Diploma di specializzazione |
| <input type="checkbox"/> 7. Diploma universitario o di scuola diretta fini speciali
(vecchio ordinamento) | <input type="checkbox"/> 18. Abilitazione professionale |
| <input type="checkbox"/> 8. Laurea triennale (nuovo ordinamento) | <input type="checkbox"/> 19. Patente di mestiere |
| <input type="checkbox"/> 9. Master di I livello (post laurea triennale) | SPECIFICARE TITOLO DI STUDIO (esempio: maturità scientifica) |
| <input type="checkbox"/> 10. Laurea di durata superiore ai tre anni | _____ |
| <input type="checkbox"/> 11. Master di II livello (post laurea specialistica o post
laurea vecchio ordinamento) | conseguito nell'anno _____ |

presso _____

¹ La presente domanda di iscrizione completa in tutte le sue parti può essere recapitata: personalmente; via posta (IRECOOP Emilia Romagna – Largo Gerra,1 – 42124 REGGIO EMILIA); via fax (0522 546305); via mail (sede.reggioemilia@irecoop.it). Le domande verranno protocollate in ordine di arrivo nella data di ricezione delle stesse, non fa fede il timbro postale di invio. In caso di invio via fax o via mail va successivamente prodotto l'originale sottoscritto. **Scadenza per la presentazione delle iscrizioni: 6 aprile 2019.**

Condizione Occupazionale (*barrare*)

Condizione Occupazionale disoccupato:

1. In cerca di prima occupazione
4. Disoccupato alla ricerca di nuova occupazione (o iscritto alle liste di mobilità)
- Iscritto al Centro per l'Impiego di _____ dal _____
5. Studente
6. Inattivo diverso da studente (casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in servizio di leva o servizio civile)

Condizione Occupazionale occupato:

2. Occupato alle dipendenze (compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica e chi è in CIG)
3. Occupato autonomo

Tipo di contratto:

0. Non previsto
1. Contratto a tempo indeterminato
2. Contratto a tempo determinato
3. Contratto di formazione e lavoro
4. Contratto di inserimento
5. Contratto di apprendistato
6. Contratto di collaborazione (co.co.co, co.co.pro.)
7. Contratto di collaborazione occasionale
8. Contratto di associazione in partecipazione
9. Nessun contratto perché lavoratore autonomo
10. Nessun contratto perché coadiuvante in un'impresa familiare
11. Altro (specificare) _____

Azienda di appartenenza _____

In possesso della patente di guida: SI NO automunito SI NO

Eventuali esperienze lavorative attinenti con i contenuti del percorso formativo

Dal	Al	Presso	Attività svolte

Eventuali esperienze di studio/formazione attinenti con i contenuti del percorso formativo

Dal	Al	Presso	Contenuti

--	--	--	--

Se cittadino straniero, specifica di possedere:

- Un permesso di soggiorno in regola con la normativa vigente se cittadino EXTRA UE
- Un'attestazione di regolarità del soggiorno se CITTADINO UE

Come è venuto a conoscenza del corso?

- Sito internet www.irecoop.it
- Pagina Facebook Irecoop Emilia Romagna corsi di formazione
- Linkedin Irecoop
- Newsletter Irecoop
- Informagiovani
- Centro per l'impiego
- Cartellonistica/volantini/brochure/cataloghi
- Datore di lavoro
- Email marketing
- Eventi, fiere e convegni
- Giornali
- Motore di ricerca
- Passaparola
- Altro _____

Allegati alla domanda:

- 1 foto tessera
- curriculum vitae
- fotocopia di documento d'identità in corso di validità
- fotocopia di codice fiscale
- certificato/dichiarazione di servizio attestante esperienza lavorativa di un anno negli ultimi tre presso strutture assistenziali
- altri documenti che si ritenga utile produrre SI NO
se SI indicare quali _____

Per i cittadini stranieri

- fotocopia di permesso di soggiorno valido
- fotocopia del titolo di studio con traduzione da cui si possa evincere l'equipollenza al titolo italiano richiesto, oppure fotocopia del titolo di studio con dichiarazione di valore (rilasciata da ambasciata o consolato italiano all'estero), oppure fotocopia del titolo di studio con dichiarazione di equipollenza (rilasciata da Ufficio scolastico italiano)
- altri documenti che si ritenga utile produrre SI NO
se SI indicare quali _____

Dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D. Lgs.30.06.2003 n. 196 che i dati personali raccolti nel presente documento saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

(firma)

NB: La dichiarazione di cui sopra non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste e destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi

Il/La sottoscritto/a _____

dichiara di essere informato/a che la quota di iscrizione non comprende le spese individuali relative agli accertamenti clinici e le spese legate all'abbigliamento (divise ospedaliere) necessari per lo svolgimento degli stage

(firma)

Pagamento

Il/La sottoscritto/a _____ si impegna a versare tramite bonifico bancario, le quote rateizzate secondo i tempi e le modalità indicati da IRECOOP E.R:

€ 2.850,00 esente IVA + € 2,00 marca da bollo, suddivisa in 4 rate:

- 1. prima dell'avvio del corso: € 752,00**
- 2. al raggiungimento del 25% del monte ore: € 700,00**
- 3. al raggiungimento del 50% del monte ore: € 700,00**
- 4. al raggiungimento del 70% del monte ore: € 700,00**

Dichiara inoltre di essere informato/a che:

- L'intera quota d'iscrizione non potrà essere in alcun caso ridotta o rimborsata. In particolare la quota d'iscrizione non è riducibile o rimborsabile in tutto o in parte a seguito di mancata frequenza, di non superamento delle verifiche intermedie previste e conseguente non ammissione all'esame, di non conseguimento dell'Attestato di Qualifica per mancato superamento della prova di esame

- Il corso verrà attivato al raggiungimento del numero minimo di iscrizioni previsto

- L'ammissione al corso è subordinata all'esito positivo del colloquio di accesso e di verifica dei requisiti, la presente iscrizione non comporta l'ammissione immediata al corso

Dichiara inoltre di essere informata/o, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D. Lgs.30.06.2003 n. 196 che i dati personali raccolti nel presente documento saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data: _____

Firma: _____

Il/La sottoscritto/a _____ richiede l'applicazione dello **sconto del 10% sul costo di iscrizione e frequenza** in quanto:

- Ex allievo IRECOOP anno _____ corso _____
- Dipendente di cooperativa associata a Confcooperative cooperativa _____
- Socio di cooperativa associata a Confcooperative cooperativa _____
- Familiare convivente di dipendente/socio di cooperativa associata a Confcooperative
Nome del dipendente/socio _____ cooperativa _____
Rapporto di parentela _____

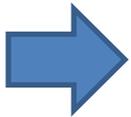
(firma)

Privacy

Il Presente Modulo va riconsegnato ad Irecoop Emilia Romagna al momento della consegna della documentazione richiesta per la candidatura al corso e/o in aula

IRECOOP EMILIA ROMAGNA SOC. COOP. Utilizza, anche tramite collaboratori esterni, i dati che la riguardano per sue finalità amministrative, contabili, anche quando li comunica a terzi. Informazioni dettagliate, anche in ordine al suo diritto di accesso e agli altri suoi diritti, sono riportate all'indirizzo www.irecoop.it.

Il sottoscritto _____ ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/03, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali conferiti, nei limiti e secondo le modalità di cui all'informativa.



Data

Firma

Dichiara inoltre di voler essere iscritto alla newsletter, nei limiti e secondo le modalità di cui all'informativa.

Do il consenso

Nego il consenso

Dichiara di prestare il consenso per la diffusione dei propri dati personali, ivi compresi le immagini video fotografiche, per le finalità e ai soggetti indicati nell'informativa

Do il consenso

Nego il consenso



Data

Firma