

Modulo di Iscrizione¹
Corso di riqualificazione professionale
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 _____

se il domicilio attuale è diverso dalla residenza

Via _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____

Titolo di Studio (barrare)

- 1. Nessun titolo
- 2. Licenza elementare
- 3. Licenza media
- 4. Diploma di scuola superiore di 2-3 anni che non consente l'iscrizione all'università
- 5. Diploma di scuola superiore di 4-5 anni che consente l'iscrizione all'università
- 6. Accademia di Belle Arti, Istituto Superiore Industrie Artistiche, Accademia di Arte Drammatica, ...
- 7. Diploma universitario o di scuola diretta fini speciali (vecchio ordinamento)
- 8. Laurea triennale (nuovo ordinamento)
- 9. Master di I livello (post laurea triennale)
- 10. Laurea di durata superiore ai tre anni
- 11. Master di II livello (post laurea specialistica o post laurea vecchio ordinamento)

- 12. Specializzazione post laurea (specialistica)
- 13. Dottorato di ricerca
- 14. Qualifica professionale di primo livello, eventualmente conseguita anche tramite apprendistato
- 15. Qualifica professionale di secondo livello, eventualmente conseguita anche tramite apprendistato
- 16. Certificato di Tecnico Superiore (IFTS)
- 17. Diploma di specializzazione
- 18. Abilitazione professionale
- 19. Patente di mestiere

SPECIFICARE TITOLO DI STUDIO (esempio: maturità scientifica)

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. **Prima scadenza per la presentazione delle iscrizioni: entro il 19 febbraio 2018.**

Condizione Occupazionale disoccupato:

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

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 _____

Esperienze lavorative coerenti con i contenuti del percorso formativo maturate presso strutture assistenziali (almeno 1 anno anche non consecutivo negli ultimi 3 - REQUISITO OBBLIGATORIO):

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
- Centro per l'impiego
- Informagiovani
- Newsletter IRECOOP
- Media
- Internet
- Da un ex allievo IRECOOP
- Da un amico
- Altro (specificare) _____

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 l'ammissione al corso è subordinata all'esito di colloquio individuale informativo, di orientamento e di verifica dei requisiti;
- **si impegna** a perfezionare l'iscrizione una volta ammesso/a al corso, con il versamento con bonifico bancario e presentazione a IRECOOP di relativa ricevuta contabile, prima dell'avvio del corso, della prima rata della quota di iscrizione (€ 502,00); **si impegna** inoltre a versare la seconda rata (€ 500,00) al raggiungimento del 30% del monte ore previsto dal programma e il saldo della quota (€ 450,00) al raggiungimento del 50% del monte ore.
- **dichiara** di essere informato/a che la quota di iscrizione non comprende le eventuali spese individuali relative agli accertamenti clinici e le spese legate all'abbigliamento (divise ospedaliere) necessari per lo svolgimento degli stage
- **dichiara** di essere informato/a che l'intera quota di iscrizione non potrà essere in alcun caso ridotta o rimborsata. In particolare la quota di iscrizione non è riducibile o rimborsabile in tutto o in parte a seguito di mancata frequenza, di riduzione di frequenza per ottenimento di credito formativo, di non superamento delle verifiche intermedie previste e conseguente non ammissione all'esame, di non conseguimento della certificazione di qualifica per mancato superamento delle prove di esame;
- **dichiara** di essere informato/a che il corso verrà attivato al raggiungimento del numero minimo di iscrizioni previsto.

(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

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 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)