

Domanda pervenuta il __/__/__
n. _____

Scheda di Iscrizione

OPERATORE SOCIO SANITARIO: RIQUALIFICA

Operazione RIF. P.A. 2012-9487/RER autorizzata con
Determinazione num. 5012 del 12/04/2018 dalla Regione Emilia Romagna

Nome _____ Cognome _____

Data nascita _____ Comune Nascita _____ prov. _____

Codice Fiscale _____ Sesso M F

Nazionalità _____ Cittadinanza _____

Residente in Via _____ CAP _____ Città _____ prov. _____

N. Telefonico _____ Cell. _____

E-Mail (STAMPATELLO) _____

se il domicilio attuale è diverso dalla residenza

Via _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____

FOTO

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)

possedere "esperienza professionale coerente con la Qualifica" maturata in aziende e strutture socio-sanitarie, per un periodo di almeno un anno, anche non consecutivo negli ultimi tre anni a tempo pieno (esperienza debitamente documentata)

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 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 post laurea triennale (o master di I livello)
- 10. Laurea di durata superiore ai tre anni
- 11. Master post laurea specialistica o post laurea vecchio ordinamento (o master di secondo livello)
- 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 conseguito anche tramite apprendistato
- 16. Certificato di Tecnico Superiore (Ifts)
- 17. Diploma di specializzazione
- 18. Abilitazione professionale
- 19. Patente di mestiere
- 20. Altro (specificare)

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 amico
- Altro _____

Si allega alla domanda:

- 1 fotografie formato tessera
- Dichiarazione del datore di lavoro che attesta l'anzianità di servizio
- Fotocopia di un documento di identità

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.

Firma del/la candidato/a

DATI PER L'INTESTAZIONE DELLA FATTURA DA PARTE DI IRECOOP

Società/Cognome e Nome _____

Via _____ tel. _____ fax _____

Città _____ CAP _____ Prov. _____

Codice fiscale _____ Partita iva _____

e-mail _____

Data

Firma leggibile del compilatore

DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO

AUTOCERTIFICAZIONE

(Art.47 del D.P.R. n. 445/2000)

io sottoscritto/a _____,

(Nome e Cognome del dichiarante)

in qualità di _____ dell'azienda/cooperativa _____

con sede legale a _____, via _____ tel. _____

dichiaro

che il sig./la sig.ra _____

(Nome e Cognome dell'operatore)

- ricopre attualmente da _____ il ruolo lavorativo di operatore socio sanitario non qualificato.

Oppure

- Ha lavorato presso la nostra azienda dal _____ al _____ svolgendo le mansioni
affidenti il ruolo di OSS.

"Il sottoscritto dichiara di essere consapevole delle responsabilità anche penali derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000 n.445"

Luogo e Data _____ Si allega copia del Doc di Identità

Per l'Azienda (timbro e 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