

Domanda pervenuta il ___/___/___
n. _____

Scheda di Iscrizione
OPERATORE SOCIO SANITARIO: formazione iniziale
2012-7984/RER

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. _____

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)

disoccupato/a e iscritto/a al Centro per l'impiego di _____ dal _____

Titolo di Studio (barrare)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Nessun titolo | <input type="checkbox"/> 14. Qualifica professionale di primo livello, eventualmente conseguita anche tramite apprendistato |
| <input type="checkbox"/> 2. Licenza elementare | <input type="checkbox"/> 15. Qualifica professionale di secondo livello, eventualmente conseguita anche tramite apprendistato |
| <input type="checkbox"/> 3. Licenza media | <input type="checkbox"/> 16. Certificato di Tecnico Superiore (Ifts) |
| <input type="checkbox"/> 4. Diploma di scuola superiore di 2-3 anni che non consente l'iscrizione all'università | <input type="checkbox"/> 17. Diploma di specializzazione |
| <input type="checkbox"/> 5. Diploma di scuola superiore di 4-5 che consente l'iscrizione all'università | <input type="checkbox"/> 18. Abilitazione professionale |
| <input type="checkbox"/> 6. Accademia di Belle Arti, Istituto Superiore Industrie Artistiche, Accademia di Arte Drammatica, ... | <input type="checkbox"/> 19. Patente di mestiere |
| <input type="checkbox"/> 7. Diploma universitario o di scuola diretta fini speciali (vecchio ordinamento) | <input type="checkbox"/> 20. Altro (specificare) |
| <input type="checkbox"/> 8. Laurea triennale (nuovo ordinamento) | |
| <input type="checkbox"/> 9. Master post laurea triennale (o master di I livello) | |
| <input type="checkbox"/> 10. Laurea di durata superiore ai tre anni | |
| <input type="checkbox"/> 11. Master post laurea specialistica o post laurea vecchio ordinamento (o master di secondo livello) | |
| <input type="checkbox"/> 12. Specializzazione post laurea (specialistica) | |
| <input type="checkbox"/> 13. Dottorato di ricerca | |

In possesso della patente di guida:

- SI tipo _____
 NO

Automunito:

- SI
 NO

CERTIFICAZIONI O ATTESTAZIONI INERENTI IL PROFILO PROFESSIONALE DELL'OSS PER IL RICONOSCIMENTO DI CREDITI FORMATIVI

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 _____

Allegati alla domanda:

- fotocopia del documento d'identità
 - dichiarazione dello stato di Disoccupazione acquisito dal Centro per l'Impiego
 - per cittadini stranieri: fotocopia del permesso di soggiorno valido; fotocopia della traduzione del titolo di studio
 - altri documenti utili ai fini della valutazione SI NO
- se SI indicare quali
- _____

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

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