

**DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO****“OPERATORE SOCIO SANITARIO”**Codice Progetto **PO0713II120743**

Edizione BT3-sede di svolgimento Trani

**AVVISO PUBBLICO N. 05/2012 Percorsi Formativi per il conseguimento della qualifica di Operatore Socio Sanitario, approvato dal Servizio Politiche per il Lavoro con D.D. n. 1616 del 24.10.2012, pubblicata sul BURP n. 161 del 08.11.2012,; Graduatorie relative all'Avviso n. 05/2012 approvate dal Dirigente Servizio Politiche per il Lavoro con D.D. n. 862 del 11.11.2013, pubblicate sul BURP n. 149 del 14.11.2013**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
 Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Residente  
 in Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 Cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
 Ultimo Titolo di studio \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di essere iscritto al Corso Percorsi formativi per il conseguimento della qualifica di Operatore Socio Sanitario (O.S.S.) Codice Progetto PO0713II120743

**E DICHIARA**

- Di essere in possesso della cittadinanza italiana e del pieno godimento dei diritti civili e politici;
- Di aver compiuto il 17° anno di età;
- Di aver assolto l'obbligo scolastico;
- Di essere disoccupato/inoccupato;
- Di non aver presentato, presso altri Enti di Formazione Professionale della Regione Puglia, domanda di iscrizione ad altro corso dell'Avviso 05/2012 "Percorsi formativi per il conseguimento della qualifica di Operatore Socio Sanitario";
- Di accettare ogni norma prevista dal bando dell'Avviso Pubblico;
- Che tutte le informazioni contenute in questa domanda sono complete e veritiere;
- Di essere a conoscenza che potranno essere effettuati controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rilasciate (art. 71 D.P.R. 445/2000);
- Di essere a conoscenza che tutte le comunicazioni, informazioni e aggiornamenti inerenti al suddetto corso saranno pubblicate **esclusivamente** sul sito [www.centrodiformazione.it](http://www.centrodiformazione.it) e che l'Ente declina ogni responsabilità derivante dalla loro mancata presa visione.

Luogo e data

Il/la dichiarante

**Inoltre AUTORIZZA il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs n.196/03 .**

Luogo e data

Il/la dichiarante

Allega:

1. Fotocopia di un Documento di Identità Valido
2. Fotocopia del codice fiscale
3. N. 2 fototessere
4. Autocertificazione di assolvimento dell'obbligo scolastico (art. 46 del D.P.R. 445/2000)
5. Autocertificazione dello stato di disoccupazione/inoccupazione (art. 47 del D.P.R. 445/2000)

Il/la dichiarante

TIMBRO E FIRMA

**PER RICEVUTA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ ha  
 presentato domanda di ammissione alle selezioni per il corso **“OPERATORE SOCIO SANITARIO”** in data  
 \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_. Tutte le comunicazioni, informazioni e aggiornamenti inerenti al  
 suddetto corso saranno pubblicate **esclusivamente** sul sito [www.centrodiformazione.it](http://www.centrodiformazione.it). L'Ente declina ogni  
 responsabilità derivante dalla loro mancata presa visione.