



Regione Siciliana



Prot. n.

Del

Regione Siciliana

Assessorato alla Salute – D.A. n. 1613 del 8 ottobre 2014

Corso di riqualificazione in Operatore Socio Sanitario (OSS)

__/__/__ sottoscritto/a

nato/a il __/__/__ a Prov. ()

Stato

Codice Fiscale

Consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni fa domanda di partecipazione all'intervento indicato.

Al riguardo dichiara:

- di essere 1. Uomo 2. Donna
- di avere la cittadinanza:
1. Italia
2. Altri paesi UE
3. Paesi europei non UE
4. Paesi non UE del Mediterraneo
5. Altri paesi africani
6. Altri paesi asiatici
7. America
8. Oceania

- di risiedere in Via/Piazza, n.
Località
Comune
C.A.P. Prov
Tel. Abitazione Telefono cellulare
e.mail:

(nel caso in cui la residenza non coincida con il domicilio)

- di avere il domicilio in Via/Piazza n.
Località
Comune
C.A.P. Prov. Tel.

Dichiara inoltre (barrare una sola risposta):

- a) di essere autocertificato ai sensi del D.Lgs. 181/00 e D.Lgs. 297/02 e di aver dichiarato la propria immediata disponibilità a proposte lavorative/formative, ovvero di essere alla ricerca attiva di nuova occupazione presso il Centro per l'Impiego di (provincia) dal (indicare mese/anno)//;
b) di non essere autocertificato ai sensi del D.Lgs. 181/00 e D.Lgs. 297/02.

Dichiara infine:

1. Indicare il titolo di studio posseduto:

- 1. Nessun titolo o licenza elementare
2. Licenza media o superamento del biennio di scuola superiore
3. Diploma di qualifica acquisito attraverso corso scolastico
4. Qualifica prof.le acquisita attraverso corso di formazione prof.le
5. Qualifica acquisita tramite apprendistato
6. Diploma di maturità e diploma di scuola media superiore
7. Qualifica professionale post-diploma
8. Certificato di specializzazione tecnica superiore (IFTS)
9. Diploma universitario, Laurea di base od altri titoli equipollenti (compreso ISEF e Conservatorio)
10. Master post laurea di base
11. Laurea specialistica
12. Diploma post laurea (master, dottorato, specializzazione)

Indicare il tipo Qualifica Professionale
Conseguita con un Corso della durata di ore

2. Se in passato ha frequentato e interrotto un corso di studi senza conseguire il titolo, indicare il tipo di studi e l'ultimo anno completato:

Scuola	Ultimo anno completato
1. Scuola media inferiore o di base	_ _ _ _
2. Biennio scuola secondaria riformata	_ _ _ _
3. Triennio scuola secondaria riformata	_ _ _ _
4. Istituto professionale	_ _ _ _
5. Istituto tecnico	_ _ _ _
6. Istituto magistrale	_ _ _ _
7. Istituto d'arte	_ _ _ _
8. Liceo	_ _ _ _
9. Università	_ _ _ _

3. Qual è la Sua attuale condizione professionale? (indicare una sola risposta)

a. in cerca di 1° occupazione in uscita dalla Scuola/Università

(chi non ha mai lavorato, non studia e cerca lavoro)

Indicare da quanto tempo cerca lavoro:

- 1. da meno di 6 mesi
- 2. da 6 a 11 mesi
- 3. da 12 a 24 mesi
- 4. da oltre 24 mesi

b. b. occupato

(compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica o in CIG) (si intende occupato, ai sensi del D.Lgs. 297/02, chi ha un reddito annuale superiore a 8.000 euro (se lavoro dipendente) o a 4.800 euro (se lavoro autonomo))

Datore di lavoro _____

Sede _____

Mansione _____

Data inizio lavoro _____

Tipo di contratto _____

(contratto di dipendente, contratto di apprendista, libero professionista, contratto di lavoro atipico.....)

c. disoccupato o iscritto alle liste di mobilità

chi ha perso o lasciato il lavoro anche se saltuario/atipico, donne che hanno l'intento di rientrare nel mercato del lavoro - si intende disoccupato, ai sensi del D.Lgs. 297/02, anche chi ha un reddito annuale inferiore a € 8.000 (se lavoro dipendente) o a € 4.800 (se lavoro autonomo)

Indicare da quanto tempo cerca lavoro:

- 1. da meno di 6 mesi
- 2. da 6 a 11 mesi
- 3. da 12 a 24 mesi
- 4. da oltre 24 mesi

d. studente

(chi frequenta un corso regolare di studio scolastico/universitario)

e. inattivo

(chi non ha e non cerca lavoro)

Allegati n. 9 come da Allegato 1 al D.A. 1613 del 8 ottobre 2014.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che la quota di iscrizione al Corso è pari a € 1.700,00 e dovrà essere versata tramite accredito con bonifico bancario presso "Banca Prossima" IBAN IT 53 R 03359 01600 100000008002, destinato ad "Asterisco Associazione per lo sviluppo socioeconomico" specificando nella causale "iscrizione al corso OSS_ proprio Nome e Cognome" oppure con assegno bancario non trasferibile ugualmente intestato.

La quota di iscrizione pari a € 1.700,00 potrà essere versata in 3 soluzioni.

Il sottoscritto inoltre dichiara di essere consapevole che l'iscrizione è perfezionata dal pagamento della prima quota del corso e che il pagamento a saldo della seconda e terza quota è condizione essenziale per la partecipazione al tirocinio, comportando il mancato pagamento clausola di risoluzione immediata del contratto, restando convenuto che non si procederà ad alcuna restituzione della prima quota versata.

FIRMA DEL RICHIEDENTE

(Località e data)

(Firma per esteso e leggibile)

Inoltre:

Il sottoscritto autorizza, ai sensi del D.Lgs 196 del 30/06/2003 sul trattamento dei dati personali, l'Ente Gestore del Progetto, a trattare i dati riportati nel presente modulo per gli adempimenti degli obblighi di legge, nonché per i fini propri dell'attività formativa dallo stesso svolta nell'ambito della gestione amministrativa. I dati potranno essere trattati anche per lo svolgimento di ricerche statistiche e di marketing promosse dall'Ente Gestore e da altri Enti Pubblici coinvolti nella gestione dell'attività formativa, sia mediante elaborazione elettronica sia con modalità manuali e su supporto cartaceo. Per le stesse finalità individuate in relazione al trattamento, i dati potranno essere comunicati: al personale interno dell'Ente Gestore, a soggetti esterni in adempimento agli obblighi di legge, a soggetti esterni (professionisti, aziende, società ed enti) ai fini di possibili assunzioni. Il sottoscritto è stato informato che i dati saranno custoditi e trattati con sistemi atti a garantire la loro riservatezza e la loro sicurezza.

FIRMA DEL RICHIEDENTE
