

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO O.S.S. (Operatore Socio Sanitario) 1000 ORE

Nome		Cognome	
Luogo nascita		Data nascita	
Cittadinanza		Codice fiscale	
Comune residenza		Provincia residenza	
Indirizzo residenza		CAP residenza	
Domicilio (se diverso da residenza)			
Telefono fisso		Cellulare	
Documento identità	N°	Rilasciato da	In data
e-Mail			

CHIEDE

di partecipare al corso **Operatore Socio Sanitario (OSS 1000 ORE)**, ai sensi del D.A. n. 736/2020 REGIONE SICILIANA Assessorato della Salute Dipartimento Regionale Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico Servizio 2 Formazione.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' e DI CERTIFICAZIONE (resa ai sensi del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa approvate con D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445)

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art.46 e dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, che i dati e le informazioni sopra riportate corrispondono a verità e di autocertificare la veridicità degli stessi e consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dall'art. 76 del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa approvate con D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni, e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera prevista dall'art. 75 del medesimo T.U.

- Di possedere il seguente titolo di studio _____ (titolo di studio minimo richiesto licenza media)
- Di aver compiuto la maggiore età
- Di aver assolto all'obbligo scolastico

Solo per i cittadini stranieri	
di avere una buona conoscenza della lingua italiana <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	di essere in possesso di regolare Permesso di soggiorno <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

- di iscriversi al corso O.S.S. 1000 ore organizzato da Eap Fedarcom che si svolgerà presso la sede di: _____



Di aver versato:

- La quota di 50 euro come quota di pre iscrizione in data _____
- La quota di 250 euro come quota di iscrizione in data _____

(IBAN IT57H0200883421000101475858) intestato a EAP FEDARCOM

Nella Causale del bonifico indicare i seguenti dati:

“ quota d'iscrizione al corso oss 1000 ore - indicare il nome e cognome e sede corsuale
(es. Mario Rossi sede Palermo)

NB. L'Allievo non sarà ammesso all'esame finale in caso di mancato pagamento del saldo del corso.

ALLEGA

alla presente domanda la seguente documentazione:

- FOTOCOPIA DOCUMENTO VALIDO DI IDENTITA
- FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE
- FOTOCOPIA DEL TITOLO DI STUDIO
- INFORMATIVA TRATTAMENTO DATI (PRIVACY)

Luogo e data

Firma



Sito Web: <http://www.eapfedarcom.it> E-mail: presidenza@eapfedarcom.it

Sede Legale e sede Operativa

93100 CALTANISSETTA
Via P. E. Giudici, 25
Tel 0934 54 30 07
Fax 0934 57 58 74

SCHEMA DESCRITTIVA CORSO OSS 1000 ore

Caratteristiche dei destinatari:

- Maggiore età
- Assolvimento obbligo scolastico
- Titolo di studio minimo d'accesso licenza media
- I cittadini con titolo di studio straniero devono possedere la dichiarazione di valore che ne attesti il livello di scolarizzazione e possedere una buona conoscenza della lingua italiana

Articolazione didattica:

il percorso didattico della durata di 1000 or è così articolato:

- 200 ore di moduli di base
- 350 ore di moduli professionalizzanti
- 450 ore di tirocinio

Frequenza del corso:

il corso non potrà durare meno di 12 mesi, la frequenza alle attività è obbligatoria. Per essere ammessi agli esami finali non si potranno superare le 55 ore per i moduli di base e professionalizzanti, e nel tirocinio si potranno fare max 45 ore di assenza.

Costo:

€ 2.600,00 per partecipante

Modalità di pagamento:

50 euro come quota di pre iscrizione

250 euro come quota di iscrizione

(IBAN IT57H0200883421000101475858); € 2300,00 con possibilità di rateizzazione flessibile durante la durata del corso. Il saldo deve avvenire entro e non oltre la data di svolgimento degli esami. Le rate previste sono 10 ciascuna di 230 euro al mese.



Sito Web: <http://www.eapfedarcom.it> E-mail: presidenza@eapfedarcom.it

Sede Legale e sede Operativa

93100 CALTANISSETTA
Via P. E. Giudici, 25
Tel 0934 54 30 07
Fax 0934 57 58 74



Sito Web: <http://www.eapfedarcom.it> E-mail: presidenza@eapfedarcom.it

Sede Legale e sede Operativa

93100 CALTANISSETTA
Via P. E. Giudici, 25
Tel 0934 54 30 07
Fax 0934 57 58 74