



SCHEDA CORSO ASSISTENTE DI STUDIO ODONTOIATRICO

Qualifica conseguita

Assistente di studio odontoiatrico

Descrizione

L'Assistente di studio odontoiatrico, attenendosi alle disposizioni dell'Odontoiatria, è in grado di assistere lo stesso e i professionisti del settore durante le prestazioni proprie dell'odontoiatria, di predisporre l'ambiente e lo strumentario, di relazionarsi con le persone assistite, i collaboratori esterni, i fornitori e di svolgere le attività di segreteria per la gestione dello studio.

L'assistente di studio odontoiatrico non può svolgere alcuna attività di competenza delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie, delle professioni mediche e delle altre professioni sanitarie per l'accesso alle quali è richiesto il possesso della laurea.

Livello EQF

3

Costo

€ 1.800,00 per partecipante

Modalità di pagamento

€ 250,00 all'atto dell'iscrizione, a mezzo di bonifico a favore di EAP FEDARCOM (IBAN IT57H0200883421000101475858); € 1550,00 con possibilità di rateizzazione flessibile durante la durata del corso.

Validità

- Validità su tutto il territorio nazionale ed europeo;
- Qualifica immediata presso i Centri dell'Impiego su tutto il territorio nazionale.

Articolazione didattica

Il corso ha una durata di 700 ore, DI CUI 300 ore in aula e 400 ore di tirocinio formativo.

Stage formativo in aziende del settore, materiale didattico, dispense e kit individuale forniti dal nostro ente.



DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE
CORSO DI ASSISTENTE DI STUDIO ODONTOIATRICO

Il/La sottoscritto/a (Nome)
(Cognome)
nato/a aProv. di
il
residente in Via/Piazza n.
CittàProv.
CAP
Telefono.....
Cell.
e-mail.....
Indirizzo a cui inoltrare eventuali comunicazioni (indicare solo se diverso dalla residenza):
presso
Via/Piazza n.
CittàProv.
CAP

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare al corso di formazione ASSISTENTE DI STUDIO
ODONTOIATRICO gestito da EAP FEDARCOM presso la sede di.....

DICHIARA

- che i dati anagrafici corrispondono al vero
- di essere,
 - nato a Il.....
 - residente a in via.....
 - recapito telefonico email

di consentire il trattamento dei dati personali per le finalità della presente procedura ai sensi del D.Lgs n. 196/2003.

di aver versato la quota di 250 euro a mezzo bonifico bancario (IBAN IT57H0200883421000101475858) intestato a EAP FEDARCOM in data.....

Nella Causale del bonifico indicare i seguenti dati:

Pre-iscrizione corso.....(indicare il nome del corso)

Sede di(indicare la sede corsuale)

Nome e Cognome (indicare nome e cognome dell'allievo/a

Data.....

FIRMA LEGGIBILE

.....

Allega: copia documento di identità e Codice Fiscale o Tessera Sanitaria