



DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE

del corso di formazione professionale in AUTOFINANZIAMENTO per:

"OPERATORE SOCIO SANITARIO" cod. ASL RI/1

Determinazione Dirigenziale della Regione Lazio n. G00950 del 24/10/2013

Il/la sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente in via _____ n. _____ città _____ Prov. _____

cap _____ cittadinanza _____ tel _____

cell _____ e-mail _____

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Chiede

di essere ammesso/a alle selezioni del corso di formazione professionale per Operatore Socio Sanitario, autorizzato con Determinazione Dirigenziale della Regione Lazio n. B00950 del 24/10/2013, che:

- avrà una durata complessiva di : **1000 ore di lezione, di cui 550 di teoria e 450 di tirocinio.**
- al termine del corso gli allievi che avranno superato le prove di esame, conseguiranno un **Attestato di Qualifica**, valido agli effetti della legge quadro n. 845 del 21 dicembre 1978 e della legge regionale n. 23 del 25 febbraio 1992.

DICHIARA

(ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000)

- che i dati personali sopraindicati sono veritieri;
- di aver preso visione del bando;
- essere in possesso del diploma di scuola dell'obbligo secondo la normativa vigente;
- aver compiuto il 17° anno di età;
- essere in regola, per i cittadini extracomunitari, con la normativa vigente in materia di possesso di permesso di soggiorno ed in possesso di titolo di studio riconosciuto come equipollente al diploma di scuola dell'obbligo in Italia;
- possesso dei requisiti suddetti alla data di scadenza del Bando.

Documenti da allegare:

- a) n. 1 copia fotostatica del documento di riconoscimento in corso di validità**
- b) n. 1 copia fotostatica del titolo di studio**
- c) n. 1 copia del permesso di soggiorno in corso di validità per i cittadini extracomunitari.**

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000, certifica che quanto dichiarato corrisponde a verità.

Il/La sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003

Luogo e data

Firma del richiedente