

## DOMANDA DI PRE-ISCRIZIONE

Prot. \_\_\_\_/\_\_\_\_/OSS\_\_\_\_

Spett.le **Consorzio Macramè**  
Via Petrarà, 10  
89124 - REGGIO CALABRIA

### Il/La sottoscritto/a

<b>Cognome</b>				<b>Nome</b>											
<b>Nato/a</b>				<b>Prov.</b>						<b>Il / /</b>					
<b>Nazionalità</b>				<b>Cod. fiscale</b>											
<b>Residente a</b>				<b>Prov.</b>						<b>CAP</b>					
<b>Via</b>										<b>nr.</b>					
<b>Domiciliato a</b>				<b>Prov.</b>						<b>CAP</b>					
<b>Via</b>										<b>Nr.</b>					
<b>Titolo di studio</b>															
<b>Telefono</b>				<b>Cell.</b>											
<b>E-mail</b>															

### CHIEDE

di essere pre-iscritto/a al CORSO LIBERO a pagamento per il CONSEGUIIMENTO DELLA QUALIFICA DI OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS), ai sensi della D.G.R. N. 167 del 13/05/2016 della Regione Calabria Giunta Regionale, autorizzato con Decreto n. 11137 del 23/09/2016 della REGIONE CALABRIA - Dipartimento n. 7 Sviluppo Economico, Lavoro, Formazione e Politiche Sociali

#### A tal uopo dichiara:

- di avere preso visione del programma del corso;
- di impegnarsi a frequentare con regolarità e profitto il corso fino alla sua conclusione;
- di impegnarsi al pagamento del costo totale (ivi comprese imposte e tasse) previsto, pari a Euro **2500,00** (euro duemilacinquecento/00), come previsto da Convenzione stipulata tra il Consorzio MACRAMÈ e il Consorzio CO.ME.S., ente formativo accreditato presso la Regione Calabria

#### In particolare dichiara di essere consapevole:

- della durata complessiva del corso pari a n° 1.000 ore e della sua calendarizzazione;
- della percentuale di assenze da non superare per avere diritto all'ammissione agli esami finali pari al 10%;
- che, in caso di ammissione al corso, sarà tenuto/a a **versare per intero la quota di partecipazione** sopra definita, anche in caso di dimissioni anticipate o esclusione per mancata frequenza delle lezioni.

#### A tal fine allega fotocopia dei seguenti documenti:

<input type="checkbox"/> Doc. Identità non scaduto	<input type="checkbox"/> Codice Fiscale	<input type="checkbox"/> Titolo di Studio
<input type="checkbox"/> Certificato di Idoneità, attestante l'assenza di minorazioni o malattie che possono impedire l'esercizio delle funzioni previste dal profilo professionale di O.S.S. (rilasciato da una struttura pubblica del Servizio Sanitario Nazionale).		
<input type="checkbox"/> Fotocopia conforme all'originale permesso di soggiorno (solo per i cittadini stranieri)		

Il/La sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie sopra riportate sono veritiere (art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000).

Il/La sottoscritto/a autorizza il trattamento personale dei dati ai sensi della Legge n. 196/2003 e S.M.

Autorizza     Non autorizza

**Il presente modulo, debitamente compilato e firmato, deve essere consegnato brevi manu presso il Consorzio Macramè, Via Petrarà, 10, Reggio Calabria (0965.17.22.548) da lunedì a venerdì dalle 08.30 alle 13.00 oppure inviato via email all'indirizzo corsioss@retemacrame.it**

Luogo e data \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_