**OPERATORE SOCIO-SANITARIO**

(Operazione presentata alla Regione Emilia-Romagna con rif. PA 2021-23225/RER in risposta all’avviso pubblico di cui alla DGR n. 334/2021 del 08/03/2021 ed in fase di valutazione)

**DOMANDA DI ISCRIZIONE**

Il/La sottoscritto/a Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune Nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sesso 🞎 M 🞎 F - Nazionalità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N.\_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

N. Telefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*se il domicilio attuale è diverso dalla residenza*

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N.\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

ai sensi dell’articolo 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 (Dichiarazioni sostitutive di certificazioni) sotto la propria responsabilità:

***(Nelle sezioni successive barrare l’opzione scelta)***

|  |
| --- |
| **Di essere in possesso della patente di guida:** 🞏 SI: tipo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞏 NO**Di essere automunito** 🞏 SI 🞏 NO**Di avere a disposizione altro mezzo di trasporto:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Di possedere il seguente titolo di studio:**

|  |
| --- |
| 🞏 Licenza media 🞏 Diploma di scuola superiore di 2-3 anni che non consente l’iscrizione all’università 🞏 Diploma di scuola superiore di 4-5 anni che consente l’iscrizione all’università🞏 Qualifica professionale (specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)🞏 Laurea triennale (nuovo ordinamento)🞏 Laurea di durata superiore ai tre anni (diploma di laurea vecchio ordinamento ovvero laurea specialistica/magistrale nuovo ordinamento)🞏 Altro (specificare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |

**Per i cittadini stranieri:**

|  |
| --- |
| 🞏 di possedere la padronanza della lingua italiana non inferiore al livello B1 del Quadro Comune Europeo di riferimento per le lingue (CEFR)🞏 Per i cittadini stranieri Extra UE: di possedere regolare permesso di soggiorno e Dichiarazione di Valore del titolo di studio🞏 Per i cittadini stranieri UE: di possedere Traduzione Asseverata del titolo di studio |

**Di essere nella seguente Condizione Occupazionale:**

|  |
| --- |
| 🞏 In cerca di prima occupazione/non occupato🞏 Occupato alle dipendenze (compreso chi ha un’occupazione saltuaria/atipica) in attività non coerenti al profilo professionale dell’Operatore Socio-Sanitario🞏 Occupato autonomo in attività non coerenti al profilo professionale dell’Operatore Socio-Sanitario🞏 Disoccupato alla ricerca di nuova occupazione (o iscritto alle liste di mobilità)🞏 Studente🞏 Inattivo diverso da studente (casalinga/o, inabile al lavoro, in altra condizione)🞏 Altro (specificare): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**CHIEDE**

di partecipare al corso per Operatore Socio-Sanitario (della durata di 1.000 ore di cui 450 di stage e con frequenza obbligatoria di almeno il 90% delle ore) promosso da TECHNE SCaRL, con **quota di partecipazione di 2.700,00 €** che grazie all’intervento delle organizzazioni del territorio (ASP Cesena Valle Savio, Comuni, BCC Sarsina, ecc..) prevede una riduzione della **quota di partecipazione**:

* **in caso di 15 partecipanti pari a: 1700 €** esente IVA + € 2 marca da bollo
* **in caso di 25 partecipanti pari a: 1200 €** esente IVA + € 2 marca da bollo
* **in caso di 30 partecipanti pari a: 1119 €** esente IVA + € 2 marca da bollo

La quota di partecipazione potrà essere versata a rate.

**Infine DICHIARA**

🞏 **Di versare, al momento dell’iscrizione un acconto di Euro 100,00 € e di essere a conoscenza che tale somma verrà restituita solo in caso di mancato superamento delle selezioni.**

🞏 Di accettare di fornire documenti comprovanti le informazioni fornite, ai sensi dell’art. 71 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 su richiesta di TECHNE Scarl.

🞏 In base alle norme sull’autocertificazione, di essere consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 (Comma 1. *“Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia”*).

**Per i fini di cui sopra si allega alla presente domanda:**

* Fotocopia fronte retro del documento di identità in corso di validità (carta di identità o, in caso di cittadini extra-UE che non la possiedono, passaporto).
* Due fotografie formato tessera.
* Fotocopia del Codice Fiscale.
* Per i cittadini stranieri Extra UE: copia del permesso di soggiorno e della Dichiarazione di Valore del titolo di studio.
* Per i cittadini stranieri UE: copia della Traduzione Asseverata del titolo di studio.
* Per tutti i cittadini stranieri: certificazione della padronanza della lingua italiana non inferiore al livello B1 del Quadro Comune Europeo di riferimento per le lingue (CEFR) (se in possesso).

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del candidato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Io sottoscritto, con la presente dichiaro di essere informata/o, ai sensi del GDPR (UE) nr. 679/2016, che i dati sopra riportati saranno trattati, anche con strumenti informatici, relativamente alla attività formativa per la quale ho richiesto l’iscrizione/informazioni ed esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene rilasciata, nei limiti stabiliti dalla legge.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del candidato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_