

Domanda di iscrizione del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Io sottoscritto/a, \_\_\_\_\_ chiedo di essere iscritto/a al  
**CORSO OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS) - POMERIDIANO**

## DATI ANAGRAFICI

NOME

(inserire anche eventuale secondo e/o terzo nome)

COGNOME

(inserire cognome completo)

SESSO

C.I. n

NATO/A A

IL

C.F.

RESIDENZA

(indirizzo completo: via/viale/piazza, nr. civico, comune, CAP e Provincia)

DOMICILIO

(solo se diverso dalla residenza)

TEL.

CELLULARE

E-MAIL

CITTADINANZA

NAZIONALITA'

TITOLO DI STUDIO

SCUOLA DI PROVENIENZA

HA MAI INTERROTTO UN CORSO DI STUDIO?

SI

NO

(barrare la risposta corretta)

SE SI, QUALE?

---

ATTUALE CONDIZIONE PROFESSIONALE?

---

DA QUANTO TEMPO VALE LA SUA ULTIMA CONDIZIONE PROFESSIONALE?

---

ISCRIZIONE AL CENTRO PER L'IMPIEGO?

SI

NO

(barrare la risposta corretta)

SE SI, DA QUANDO?

---

INFORMAZIONI PER LA SEGRETERIA

---

  

---

FIRMA PER PRESA VISIONE

---

LUOGO E DATA

---

## MODALITÀ DI ISCRIZIONE

### COSTO ANNUO DEL CORSO:

**€. 100,00 quota iscrizione**

**€. 1.800,00 pagabili in 4 rate senza costi aggiuntivi**

1° rata di € 450,00 (+ €. 2,00 marca da bollo) a inizio corso.

Le successive 3 rate (€ 450,00 + €. 2,00 marca da bollo) a distanza di un mese e mezzo l'una dall'altra.

## MODALITÀ DI PAGAMENTO

- a mezzo assegno bancario intestato a **ISCOS FORMAZIONE SAS**
- a mezzo bonifico bancario alle seguenti coordinate:

**ISCOS FORMAZIONE SAS**

**BANCA BNL - IBAN: IT23 B010 0520 4000 0000 0009 768**

**Causale: nome, cognome dello studente/essa, n. rata e Corso OSS**

## DOCUMENTI ALLEGATI

- Fotocopia Carta Identità + codice fiscale
- Diploma di scuola secondaria di secondo grado o qualifica di durata almeno triennale ai sensi dell'art. 1 comma3 del Dlgs 76/05 o qualifica professionale rilasciata al termine dei percorsi biennali di prima formazione ai sensi della LR 95/80 o qualifica ASA o OTA;

## GLI STUDENTI STRANIERI DOVRANNO ALLEGARE ANCHE:

- Copia del certificato del titolo di studio conseguito all'estero
- Traduzione asseverata del titolo di studio
- Dichiarazione di valore del titolo di studio per i cittadini extracomunitari (viene rilasciata dall'ambasciata italiana del paese in cui è stato conseguito)
- Permesso di soggiorno in corso di validità (per cittadini extra-comunitari)

IL CORSO AVRÀ INIZIO AL RAGGIUNGIMENTO DEL NUMERO MINIMO DI 15 ISCRITTI

- Con la sottoscrizione del modulo, autorizzo Iscos Formazione sas a inviarmi ogni comunicazione agli indirizzi sopra indicati e mi impegno a segnalare tempestivamente qualsiasi modifica dei miei dati personali.
  
- Manifestazione di consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR. il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a su quanto previsto e di consentire espressamente all'Istituto Iscos Formazione sas, con sede in via Salvo D'Acquisto 9/A MONZA il trattamento anche informatico dei dati comunicati, di quelli derivanti dall'evolversi del rapporto nonché la loro comunicazione a terzi, come previsto nel suddetto testo informativo.

FIRMA PER PRESA VISIONE

---

LUOGO E DATA

---