

Domanda di iscrizione del ___/___/___

Io sottoscritto/a, _____ chiedo di essere iscritto/a al
CORSO OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS) - SERALE

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



MODULO ISCRIZIONE CORSO OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS) SERALE

- 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

Isicos Formazione s.a.s.

Via Salvo D'Acquisto 9/A, 20900 MONZA | tel. 039.2060586 - 335.8274866 - 335.6198236

P.IVA 00784420960 – info@iscosformazione.it - www.iscosformazione.it

