

## CORSO OPERATORE SOCIO SANITARIO – OSS 2017-18 [Rif. PA 2012-7880/RER]

Autorizzato dalla Regione Emilia Romagna - Determina n. 11605 del 14/07/2017

Riservato a Istituto MEME s.r.l.  
Domanda pervenuta

il ... / ... / ..... N ....

### SCHEDA 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.: .....

N° Telefonico: .....

*Nelle sezioni successive barrare il numero o il tipo dell'opzione scelta*

- **In possesso della patente di guida:**  SI tipo .....  NO

- **Automunito:**  SI  NO

- **Altro mezzo a disposizione:** .....

#### Titolo di Studio

- 1. Nessun titolo.
- 2. Licenza elementare.
- 3. Licenza media.
- 4. Diploma di scuola superiore di 2-3 anni che non consente l'iscrizione all'università.
- 5. Diploma di scuola superiore di 4-5 anni che consente l'iscrizione all'università.
- 6. Accademia di Belle Arti, Istituto Superiore Industrie Artistiche, Accademia di Arte Drammatica, ...
- 7. Diploma universitario o di scuola diretta fini speciali (vecchio ordinamento).
- 8. Laurea triennale (nuovo ordinamento).
- 9. Master post laurea triennale (o master di I livello).
- 10. Laurea di durata superiore ai tre anni (diploma di laurea vecchio ordinamento ovvero laurea specialistica nuovo ordinamento).

- 11. Master post laurea specialistica o post laurea vecchio ordinamento (o master di secondo livello).
- 12. Specializzazione post laurea (specialistica).
- 13. Dottorato di ricerca.
- 14. Qualifica professionale di primo livello, eventualmente conseguita anche tramite apprendistato.
- 15. Qualifica professionale di secondo livello, eventualmente conseguito anche tramite apprendistato.
- 16. Certificato di Tecnico Superiore (IFTS).
- 17. Diploma di specializzazione.
- 18. Abilitazione professionale.
- 19. Patente di mestiere.
- 20. Altro (specificare)

.....  
.....

**Tipo di scuola abbandonata**

- 0. Non previsto.
- 1. Scuola media inferiore o di base.
- 2. Biennio scuola secondaria riformata.
- 3. Triennio scuola secondaria riformata.
- 4. Istituto professionale.

- 5. Istituto tecnico.
- 6. Istituto magistrale.
- 7. Istituto d'arte.
- 8. Liceo.
- 9. Università.

Ultimo anno completato (specificare): .....

Livello di scolarità raggiunto: .....

## Condizione Occupazionale

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. In cerca di prima occupazione/inoccupato.  | <input type="checkbox"/> 5. Studente.  |
| <input type="checkbox"/> 2. Occupato alle dipendenze (compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica).       | <input type="checkbox"/> 6. Inattivo diverso da studente (casalinga/o, *ritirato/a al lavoro*, inabile al lavoro, in servizio di leva o servizio civile, in altra condizione). |
| <input type="checkbox"/> 3. Occupato autonomo.   | <input type="checkbox"/> 7. Altro (specificare):<br>.....  |
| <input type="checkbox"/> 4. Disoccupato alla ricerca di nuova occupazione (o iscritto alle liste di mobilità). |  |

## CHIEDE

di partecipare al corso per Operatore Socio Sanitario promosso da Istituto MEME s.r.l., con:

- a) **Quota di partecipazione di Euro 3.000,00** da versare in 10 rate da Euro 300,00 mensili o 6 rate da 500 euro bimensili (la prima all'atto di iscrizione a seguito dell'ammissione al corso).
- b) **Quota di partecipazione di Euro 2.700,00** – Con sconto del 10%.  
(da versare in un'unica soluzione all'atto di iscrizione a seguito dell'ammissione al corso).

### La quota **COMPRENDE**:

- Frequenza del corso.
- Assicurazione INAIL.
- Materiale didattico in formato elettronico, scaricabile dalla piattaforma E-learning – MEME, o fruibile direttamente in aula.
- Svolgimento dei periodi di stage sociale e sanitario presso le strutture convenzionate.
- Prove di esame e rilascio di attestato di qualifica professionale in caso di frequenza minima (90%), ammissione alle prove d'esame e superamento delle stesse.

### La quota **NON COMPRENDE**:

- Esami e visite mediche per l'idoneità stage.
- Materiale ad uso individuale per la realizzazione dello stage (divisa e calzature regolamentari).

### **Estremi bancari per versamento quote partecipazione al corso:**

Istituto MEME s.r.l.

UniCredit Banca – Ag. Modena Piazza Grande – IBAN →IT83Q0200812930000040370846

Causale Versamento: Corso Operatore Socio Sanitario OSS 2016-17 – Rata n° ... Cognome Nome

dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D. Lgs.30.06.2003 n. 196, che i dati personali raccolti a pag. 1 e 2 del presente documento saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**Allego alla domanda di partecipazione** (barrare in corrispondenza di ciò che si allega):

- Fotocopia fronte retro di documento di identità in corso di validità (carta di identità/patente/passaporto).
- Fotocopia del titolo di studio.
- I cittadini stranieri UE dovranno inoltre produrre:** copia conforme del titolo di studio con la traduzione giurata in lingua italiana.
- I cittadini stranieri Extra UE dovranno produrre:** copia conforme del titolo di studio con la traduzione giurata in lingua italiana e Permesso di soggiorno valido secondo le normative vigenti ovvero richiesta di rinnovo.
- Documentazione idonea in caso di richiesta di riconoscimento di crediti formativi.
- Due fotografie formato tessera.
- Fotocopia del Codice Fiscale.

..... / .. / .. / ..  
(luogo, data)

Il Dichiarante / candidato

.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ E DI CERTIFICAZIONI  
(Art. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a      Cognome: ..... Nome: .....  
Nato/a                      il: ... / ... / ..... Comune Nascita: ..... Prov.: .....

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

**Dichiara** (barrare l'apposita casella)

- Di avere conseguito il diploma di licenza media inferiore  
presso: ..... in data: ... / ... / .....
- Di non avere conseguito il diploma di licenza media inferiore

**Se cittadino straniero dichiara**

- Di possedere un permesso di soggiorno in regola con la normativa vigente se cittadino extra UE.  
Allega copia della seguente documentazione:  
.....
- Di possedere un'attestazione di regolarità del soggiorno se cittadino UE.  
Allega copia della seguente documentazione:  
.....

..... / ... / .....  
(luogo, data)

Il Dichiarante / candidato

.....

## Solo per chi richiede l'ammissione con credito

- Copia del titolo conseguito e/o copia dei certificati di servizio e/o dichiarazioni dei datori di lavoro.

### Richiesta Crediti Formativi

*(Compilare la seguente sezione solo in caso di richiesta di riconoscimento di crediti di frequenza, la cui concessione è subordinata alla valutazione, anche ed eventualmente attraverso specifiche prove, di titoli ed esperienze professionali certificate).*

Il/La sottoscritto/a      Cognome: ..... Nome: .....

chiedo il riconoscimento dei crediti per:

- Il/i titolo/i conseguito/i di cui allego fotocopia del certificato:

.....

- Le esperienze professionali di cui allego attestazione del datore di lavoro (indicare solo in caso di esperienze significative e strettamente attinenti al profilo professionale dell'OSS):

.....

.....

.....

.....

Per ciò che concerne il trattamento dei dati personali ci si atterrà alle disposizioni previste dal Decreto Legislativo 30 Giugno 2003, n. 196.

Dichiarazione rilasciata ai sensi dell'Art. 2 della Legge 4 Gennaio 1968 come modificato dall'Art. 3 comma 10 Legge 15 Maggio 1997 n. 127.

Firma del Dichiarante / Candidato

.....