

**OGGETTO:** Domanda di ammissione al percorso a qualifica per **OPERATORE SOCIO SANITARIO**.

La/Il sottoscritto/a ..... nata/o a  
..... Prov ..... Il ..... Sesso: M  F   
Cittadinanza ..... Codice Fiscale .....  
Residente nel comune di ..... Prov ..... CAP .....  
Via ..... N° ..... T telefono .....  
Cell ..... Titolo di studio .....

Attuale condizione professionale:

In cerca di PRIMA OCCUPAZIONE in uscita dalla scuola/università

1. Da meno di 6 mesi
2. Da 6 mesi a 11 mesi
3. Da 12 a 24 mesi
4. Da oltre 24 mesi

OCCUPATO (compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica e chi è in CIG);

DISOCCUPATO O ISCRITTO ALLE LISTE DI MOBILITA' (chi ha perso o lasciato il lavoro anche se saltuario/atipico, donne che hanno l'intento di rientrare nel

mercato del lavoro);

STUDENTE (che frequenta un corso regolare di studio scolastico/universitario).

**CHIEDE**

Di essere iscritta/o al Percorso Formativo per **OPERATORE SOCIO SANITARIO**.

Sede di:  CAMPOBASSO  
 ISERNIA  
 TERMOLI

**I requisiti per l'ammissione alla selezione sono:**

- ⇒ di aver assolto al diritto-dovere all'istruzione e alla formazione o di essere in possesso del diploma di scuola secondaria superiore di primo grado (terza media);
- ⇒ di essere in possesso di idoneità fisica e mentale dimostrata attraverso esami ematochimici e visita di medicina preventiva come previsto dalle vigenti norme.

Se cittadino comunitario o extracomunitario:

- ⇒ di avere i documenti in regola ed essere in possesso di regolare permesso di soggiorno;
- ⇒ di avere una buona conoscenza e comprensione della lingua;
- ⇒ di essere in possesso di titolo di studio richiesto per l'accesso al corso, corredato di traduzione ufficiale giurata in lingua italiana rilasciata dalla rappresentanza italiana competente per territorio nel paese di origine o da traduzione rilasciata dai tribunali ordinari competenti per territorio (Italia).

**DICHIARAZIONE**

La/Il sottoscritt... dichiara di essere a conoscenza che l'accettazione della presente domanda è subordinata all'effettuazione dell'intervento formativo e che l'ammissione al corso avviene previa selezione.

**ALLEGATI**

Fotocopia documento di riconoscimento;

Fotocopia del Permesso di Soggiorno valido.

Data .....

Firma

**AUTORIZZA**

Ai sensi DLGS 196/03 ad utilizzare i dati qui forniti, nel rispetto delle norme di sicurezza e di segretezza professionale per le seguenti finalità: trattamento ai fini di elaborazione ed analisi, comunicazioni agli Enti Pubblici o Privati, comunicazione a terzi al fine di favorire l'inserimento lavorativo e comunicazioni riguardo azioni formative.

Data .....

Firma

.....