

**SCHEDA DI ISCRIZIONE/CANDIDATURA  
CORSO DI FORMAZIONE  
OPERATORE SOCIO SANITARIO COPPARO (OSS)**  
In attesa di autorizzazione da parte della Regione Emilia Romagna

DOMANDA PERVENUTA IL

...../...../.....

## AUTODICHIARAZIONE

*(Le presenti dichiarazioni/informazioni sono rese ai sensi delle disposizioni di cui all'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28.12.00 per il rilascio di dichiarazioni sostitutive di certificazione e consapevole delle pene stabilite dagli articoli 495 e 496 del codice penale per false attestazioni e dichiarazioni)*

Il/La sottoscritto/a manifesta il proprio interesse ad iscriversi al corso in oggetto e a tal fine **DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ** di:

### DATI PERSONALI

Nome	<input type="text"/>	Cognome	<input type="text"/>		
Data nascita	<input type="text"/>	Comune nascita	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>
Codice Fiscale	<input type="text"/>	Sesso	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Cittadinanza <input type="text"/>
e-mail	<input type="text"/>	Tel./cell.	<input type="text"/>		
Residenza	<input type="text"/>				
Comune	<input type="text"/>	C.a.p.	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>
Domicilio (se diverso da residenza)	<input type="text"/>				
Comune	<input type="text"/>	C.a.p.	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>

### TITOLO DI STUDIO

ULTIMO TITOLO DI STUDIO

PRESSO L'SITUITO

### STATO OCCUPAZIONALE

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dei benefici conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 DPR 445/2000) sotto la propria personale responsabilità Attualmente:

Non occupato     SI     NO

ISCRITTO NELLE LISTE DI COLLOCAMENTO DI: .....

ISCRITTO NELLE LISTE DI COLLOCAMENTO MIRATO (ex Lg 68/99)     SI     NO

Se cittadino straniero, specifica di possedere:

- Un permesso di soggiorno in regola con la normativa vigente se cittadino EXTRA UE
- Un'attestazione di regolarità del soggiorno se CITTADINO UE

**Documenti da presentare entro il 22/03/2024 per poter accedere al corso:**

- fotocopia di documento d'identità in corso di validità
- fotocopia di codice fiscale

**Per i cittadini stranieri**

- fotocopia di permesso di soggiorno valido
- per chi ha conseguito il titolo di studio della terza media nei paesi europei, fotocopia del titolo di studio con traduzione giurata, per chi ha conseguito il titolo in paesi Extra Cee è necessaria la dichiarazione di lavoro del titolo stesso studio con dichiarazione di equipollenza (rilasciata da Ufficio scolastico italiano)
- Attestazione lingua italiana livello B1 - per chi non ne fosse in possesso sarà attivato un test per accertare il livello previsto

Il/La sottoscritto/a, ai sensi dell'art. 76, comma 1, del DPR 445/2000, attesta di essere consapevole che la falsità in atti e le autodichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Dichiara inoltre di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art. 75 del DPR 445/2000, qualora dal controllo delle dichiarazioni qui rese emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, sarà decaduto dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione mendace.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a DICHIARA di essere informato/a

- che l'ammissione al corso è subordinata alla verifica dei requisiti formali, al superamento della prova scritta psicoattitudinale e al colloquio individuale informativo, di orientamento;
- che la mancata frequenza ad almeno il 90% delle ore del corso (aula e stage) comporterà con la conseguente inammissibilità all'esame finale (obbligatorio per conseguire la qualifica);
- che sono a carico proprio le spese individuali relative agli accertamenti clinici e le spese legate all'abbigliamento (divise ospedaliere) necessari per lo svolgimento degli stage;
- che il proprio curriculum vitae verrà reso disponibile all' APL Adecco Italia Spa per il placement nell'ambito del lavoro in somministrazione.
- che il percorso è interamente finanziato dal fondo FORMA.TEMP

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il sottoscritto inoltre autorizza ADECCO FORMAZIONE SRL al trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti della legge n.196/2003 e Nuovo Regolamento UE 679/16 così come letto ed accettato nella informativa rilasciata.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

NB: La dichiarazione di cui sopra non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste e destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi