

**Spett.le A.T.S.
ASL RM "C" (capofila)- Obiettivo Uomo Società Cooperativa
Sociale Onlus**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO DI QUALIFICA PROFESSIONALE PER
"OPERATORE SOCIO SANITARIO"**

(Ammesso dalla Regione Lazio con D.D. D4033 del 27.11.2008 e autorizzato all'autofinanziamento con n°D. 1007 del 16.04.2009)

* Nome:	
* Cognome:	
* Data e luogo di nascita:	
* Residenza:	
* Domicilio:	
* Cap:	
* Città	
* Telefono/ cellulare	
* Codice fiscale:	
E-mail:	
Partita Iva:	
<i>Dati per la fatturazione (se diversi)</i>	
Ragione Sociale:	
Indirizzo:	
Cap:	
Città	
Tel:	
Codice fiscale:	
Partita Iva:	

Presa visione del bando emanato dalle A.T.S. – ASL RM C – soggetti in partnariato - e approvato dalla Regione Lazio con D.D. D4033 del 27/11/2008 e D.D. 1007 del 16/04/2009, chiede di essere ammesso/a alla **selezione per titoli ed esami al bando per il corso di Operatore Socio Sanitario. con cod. regionale SIMON n° 17488 ,per la sede di Roma – Via G.A.Badoero 67 - corso in autofinanziamento.**

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni civili e penali, previste dall'art. 76 del citato D.P.R., cui incorrerebbe in caso di dichiarazioni false e mendaci, il sottoscritto

DICHIARA

- ☐ di essere in possesso della **cittadinanza** _____
- ☐ di essere in possesso del **Diploma Scuola dell'Obbligo** ai sensi della normativa vigente
- ☐ di essere in possesso del **Certificato di Equipollenza** del titolo di studio ai sensi della L. 29/2006 (art.12) – (per i soli soggetti stranieri)
- ☐ di aver compiuto il **17° anno di età**
- ☐ di essere in possesso del **permesso di soggiorno valido** (per i soli soggetti stranieri)

A TAL FINE ALLEGA

- ☐ Copia Diploma di Scuola dell'Obbligo, autocertificazione ai sensi della normativa vigente;
- ☐ Copia del Certificato di Equipollenza del titolo di studio ai sensi della L. 29/2006 (art.12)
- ☐ Copia del permesso di soggiorno valido (per i soli soggetti stranieri);
- ☐ Breve curriculum vitae;
- ☐ Copia del seguente documento d'identità, in corso di validità: Tipo: _____
N.: _____, rilasciato da _____ ai sensi dell'art.38, c.3, del DPR 445/2000,
il _____

* campi obbligatori

**Spett.le A.T.S.
ASL RM "C" (capofila)- Obiettivo Uomo Società Cooperativa
Sociale Onlus**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO DI QUALIFICA PROFESSIONALE PER
"OPERATORE SOCIO SANITARIO"**

(Ammesso dalla Regione Lazio con D.D. D4033 del 27.11.2008 e autorizzato all'autofinanziamento con n°D. 1007 del
16.04.2009)

S'impegna, in caso di superamento delle prove, ai fini dell'iscrizione, al versamento delle relative quote di pagamento come stabilito dal Bando pubblico, ed alla consegna della documentazione in originale, entro la data di inizio del corso.

Il sottoscritto autorizza al trattamento dei dati personali in conformità alla L.196 del 2003.

Data:

Firma.....