



MODULO DI ISCRIZIONE

Corso di formazione professionale riconosciuto per:

Operatore Socio Sanitario

Cognome e Nome		
Luogo di nascita		
Data di nascita		
Codice Fiscale		
Comune di residenza		
Provincia di residenza		
Indirizzo		
Numero di telefono		
Email	PEC	

Si allega fotocopia del documento di identità in corso di validità e della tessera sanitaria

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni anche penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dagli artt. n° 75 e n° 76 del DPR 445/2000, **dichiara sotto la propria responsabilità:**

- di essere residente nel comune di Dolianova dal _____ o nel Comune di _____
- di essere in stato di disoccupazione/inoccupazione dal _____
- di essere occupato/a dal _____
- di avere la maggiore età
- di essere di cittadinanza _____
- di avere assolto l'obbligo scolastico
- di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____ conseguito il _____ presso _____ o del certificato di equipollenza rilasciato da _____
- di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso (in caso contrario indicare eventuali condanne e procedimenti) _____
- di impegnarsi a frequentare regolarmente la parte teorica e pratica del corso
- di essere consapevole del presupposto che per l'ammissione all'esame finale dovrà conseguire una presenza di almeno il 90% delle ore di presenza in ciascuna area disciplinare
- dichiara inoltre di essere in condizioni psico-fisiche che permettano di svolgere il tirocinio pratico previsto durante il corso e di impegnarsi a qualsiasi tipo di vaccinazione e di misura preventiva per il Covid-19
- Per quanto riguarda il versamento della quota di iscrizione di €. 200,00 il sottoscritto si impegna, in caso di ammissione, a versarla in favore della Fondazione Leonardo, prima dell' inizio del corso
- Per quanto riguarda il versamento della quota di frequenza del Corso (stabilita in € 2.200 per i beneficiari della borsa di studio bandita in accordo con il Comune di Dolianova e in € 3.500 per tutti gli altri) il sottoscritto si impegna a saldare la restante quota di partecipazione residua in forma diretta o previa sottoscrizione del finanziamento previsto con interessi zero per 12 mesi secondo le modalità che verranno comunicate dall'Agenzia Formativa.

Data _____

Firma _____

Il sottoscritto autorizza espressamente il trattamento dei dati contenuti nel presente modulo di iscrizione ai sensi del D.Lgs. 196/2003 (T.U. sulla Privacy) e del Regolamento UE 2016/679 (GDPR). I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo dalla Fondazione Centro Professionale Europeo Leonardo di Cagliari.

Data _____

Firma per accettazione _____

Il presente modulo di iscrizione, compilato in ogni sua parte, dovrà essere inviato alla **Fondazione Centro Professionale Europeo Leonardo via Dante 254 L 09128 Cagliari dalle ore 8:00 di lunedì 26 luglio 2021 alle ore 14:00 di martedì 31 agosto 2021 con i seguenti mezzi:**

- Raccomandata AR (sarà valido esclusivamente il timbro postale di arrivo) - Mail certificata all'indirizzo cpeleonardo@pec.it

