REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Assessorato del Lavoro, Formazione Professionale, Cooperazione e Sicurezza sociale

COMUNE DI DOLIANOVA

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
- ❑ di essere in stato di disoccupazione/inoccupazione dal _____
- ❑ di essere occupato/a con ISEE 2023 pari a €_____
- ❑ 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 € 2.500 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 del 22 gennaio 2024 alle ore 14 del 20 febbraio 2024 con i seguenti mezzi:**

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

Fondazione leonardo Centro Professionale Europeo

FONDAZIONE - Iscrizione n.239 del 16.03.2016 Registro Regionale delle persone giuridiche - SEDE LEGALE E AMMINISTRATIVA Via Dante 254 scala L 09128 Cagliari - tel. e fax 070.44740 - 070.2044402 - Accreditamento Regione Sardegna X00022www.cpeleonardo.it — direzione@cpelonardo.it — cpeleonardo@pec.it

CERTIFICAZIONE DI SISTEMA QUALITÀ DNV·GL ISO 9001

© Copyright 2024 Centro Professionale Europeo Leonardo fondazione - Cagliari via Dante 254 L - Vietata ogni riproduzione anche parziale