

Al Legale Rappresentante
Consorzio CO.HOR
Strada Santa Lucia n. 8 06125
PERUGIA (PG)

Io sottoscritto _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ provincia (___) in via/piazza _____ n° _____
codice fiscale _____ email _____ cellulare _____

CHIEDE
DI ESSERE AMMESSO/A AL CORSO DI FORMAZIONE PER L'ACQUISIZIONE DELLA QUALIFICA
DI OPERATORE SOCIO SANITARIO ANNO 2021

A tal fine, ai sensi e per gli effetti della D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA:

- di _____ possedere _____ il _____ seguente _____ Titolo _____ di _____
Studio _____
 conseguito in Italia presso l'Istituto _____ in data _____ ;
 conseguito all'estero, riconosciuto in Italia con provvedimento adottato da _____
_____ il _____ ;
- di volere ricevere ogni eventuale comunicazione relativa al Corso al seguente recapito:
Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____
Località _____ Provincia _____
_____ Posta elettronica _____ ;
- di voler frequentare il Corso nella sede di (si possono barrare fino a due sedi):
- TERNI
 - PERUGIA
 - CITTA' DI CASTELLO
 - SAN GIUSTINO
 - SPOLETO

➤ di essere in possesso dei seguenti **TITOLI E SERVIZI PREGRESSI** al fine della quantificazione del Credito Formativo, ai sensi dell'Art. 8 del Regolamento Regionale n. 4 del 4 Marzo 2003, così come modificato dall'Art. 1 del Regolamento Regionale n. 14 del 21 Dicembre 2006:

– Possesso del titolo di Operatore Tecnico Addetto all'Assistenza, conseguito ai sensi del D. M. n. 295/1991, il _____ presso _____;

– di essere **DIPENDENTE CON CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO** dal giorno _____ mese _____ anno _____ nell'Azienda _____ con sede in _____ con la qualifica di _____ ambito di Attività _____ e di svolgere attività socio sanitarie e socio assistenziali presso le seguenti strutture:

Denominazione Struttura - Località	Anzianità di Servizio (indicare giorno/mese/anno)
_____	dal _____ al _____;
_____	dal _____ al _____;
_____	dal _____ al _____;

– di essere stato **DIPENDENTE CON CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO** dal _____ al _____ (indicare giorno/mese/anno) nell'Azienda _____ con sede in _____ con la qualifica di _____ ambito di Attività _____ e di aver svolto attività socio sanitarie e socio assistenziali presso le seguenti strutture:

Denominazione Struttura - Località	Anzianità di Servizio (indicare giorno/mese/anno)
_____	dal _____ al _____;
_____	dal _____ al _____;
_____	dal _____ al _____;

– di essere/essere stato **DIPENDENTE CON CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO** dal _____ al _____ (indicare giorno/mese/anno) nell'Azienda _____ con sede in _____ con la qualifica di _____ ambito di Attività _____, di aver svolto attività socio sanitarie e socio assistenziali e di aver frequentato i Corsi di Aggiornamento della

durata minima di 32 ore finalizzati all'assistenza socio sanitaria e assistenziale e certificati da Ente gestore autorizzato ai sensi del 845/1978 di cui di seguito:

Corso - durata ore - anno _____ Ente gestore autorizzato ai sensi L. 845/78 _____;

Documentazione allegata alla domanda:

Il sottoscritto letta l'informativa sul trattamento dei dati ai sensi dell'art 13 del Regolamento UE 2016/679:

Prende atto che il trattamento dei dati per adempimento di obblighi fiscali e/o contabili, iscrizione e partecipazione al corso e tutte le attività connesse non necessita del consenso in quanto ai sensi dell'art. 6 co. 1 lett. b) il trattamento è indispensabile all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso	
Presta il consenso al trattamento di formazione conseguita - curriculum vitae ai fini di finalità strettamente connesse e strumentali alla selezione ed il reclutamento del personale, attivazione di tirocini/stage ai sensi dell'art.6 comma 1 lettera a).	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Presta il consenso al trattamento di immagini (foto e video) ai fini di promuovere le attività offerte tramite canali web o mediante materiale informativo. L'utilizzo dell'immagine è da considerarsi a titolo del tutto gratuito e se ne garantisce l'uso in contesti che non pregiudichino dignità personale ed il decoro dell'interessato ai sensi dell'art.6 comma 1 lettera a).	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Data _____

Firma _____

Dichiara, infine, di aver letto integralmente l'Avviso e l'informativa sul trattamento dei dati personali in essa riportata, ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

_____, li _____

(firma)

(Ai sensi del D.P.R. n. 445/2000,
vale a dire accompagnata dalla copia fotostatica di un Documento di Identità in corso di validità)