

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO PER
OPERATORE/TRICE SOCIO SANITARIO/A (OSS)
ANNO FORMATIVO 2019/2020

1. DATI ANAGRAFICI

Cognome e Nome _____

nat. ___ a _____ prov. _____ il _____ Sesso M F

C.F. _____

Cittadinanza: _____

Stato civile: _____

residente a _____ Prov. _____ cap _____

Via _____ n° _____

telefono _____ Cellulare _____

e-mail _____

DOMICILIO (DA INDICARE SOLO SE DIVERSO DA RESIDENZA)

domicilio _____ prov. _____ cap _____

Via _____ n° _____ telefono _____

2. PERCORSO PROFESSIONALE: attuale condizione professionale

- Inoccupato (in cerca di prima occupazione)
- Occupato (compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica e chi è in CIG)
- Disoccupato alla ricerca di una nuova occupazione (o iscritto alle liste di mobilità)
- Studente
- Inattivo, diverso da studente (ritirato dal lavoro, inabile al lavoro, in servizio di leva o servizio civile, in altra condizione)

3. Titolo di Studio Posseduto

Descrizione _____

Conseguito il _____

Presso _____

3.1 indicare se in passato ha frequentato e interrotto un corso di studi senza conseguire il titolo, indicare la scuola:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> non ho interrotto alcun titolo di studio | <input type="checkbox"/> biennio o scuola secondaria riformata |
| <input type="checkbox"/> istituto d'Arte | <input type="checkbox"/> istituto Magistrale |
| <input type="checkbox"/> istituto Professionale | <input type="checkbox"/> istituto Tecnico |
| <input type="checkbox"/> Liceo | <input type="checkbox"/> Scuola media inferiore o di base |
| <input type="checkbox"/> Triennio scuola secondaria riformata | <input type="checkbox"/> Università |

4. MOTIVAZIONI

5. EVENTUALI DIFFICOLTÀ/OSTACOLI ALLA FREQUENZA:

6. ATTRAVERSO QUALI FONTI È VENUTO A CONOSCENZA DEL CORSO?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> dal centro per l'impiego pubblico | <input type="checkbox"/> dal centro per l'impiego privato |
| <input type="checkbox"/> da amici, parenti o conoscenti | <input type="checkbox"/> dall'azienda presso cui lavoro |
| <input type="checkbox"/> da informazioni acquisite presso il Centro che organizza il Corso | <input type="checkbox"/> dai centri informagiovani e disoccupati |
| <input type="checkbox"/> da manifesti e depliant | <input type="checkbox"/> da internet |
| <input type="checkbox"/> dagli Uffici dell'Assessorato formazione e lavoro (Regione o Provincia) | <input type="checkbox"/> dagli insegnanti della scuola |
| <input type="checkbox"/> dalla stampa quotidiana o spot radio televisivi | <input type="checkbox"/> dall'agenzia del lavoro regionale |
| | <input type="checkbox"/> altro |

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Generale per la Protezione dei Dati UE 679/2016, l'Associazione "La Nostra Famiglia" la informa che i suoi dati saranno trattati al fine di consentire la formazione della graduatoria per la frequenza del corso in oggetto. Titolare del trattamento è l'Associazione "La Nostra Famiglia", che Lei può contattare personalmente o a mezzo posta ordinaria presso la sede legale a Ponte Lambro (CO), in via Don Luigi Monza, 1 oppure per mezzo di posta elettronica all'indirizzo e-mail presidenza@lanostrafamiglia.it. Il Responsabile per la protezione dei dati è il sig. Alessandro Frillici, contattabile all'indirizzo mail dpo@lanostrafamiglia.it.

I suoi dati saranno conservati coerentemente alla finalità di trattamento e potranno essere comunicati a Regione Lombardia e/o Provincia di Lecco nell'ambito degli adempimenti richiesti per l'erogazione del corso in oggetto. Lei potrà esercitare i diritti che il Regolamento Le riconosce e che sono disponibili anche sul nostro sito www.lanostrafamiglia.it.

Il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei propri dati da parte dell'Associazione "La Nostra Famiglia", ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016, art. 6, lettera a

Si No

e conferma la propria domanda di ammissione al Corso.

Distinti saluti.

Bosisio Parini _____

Firma _____

A completamento della domanda si allegano:

per i cittadini italiani <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 1 Foto tessera<input type="checkbox"/> Curriculum Professionale e Formativo<input type="checkbox"/> Copia del Titolo di Studio Autenticata	Per i cittadini stranieri <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 1 Foto tessera<input type="checkbox"/> Curriculum Professionale e Formativo<input type="checkbox"/> Copia del Titolo di Studio Autenticata<input type="checkbox"/> Dichiarazione di Valore con traduzione asseverata del titolo conseguito nel paese di origine e rilasciata dall'ambasciata di competenza<input type="checkbox"/> Permesso di Soggiorno
---	--

Il/La sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali che, in caso di mendaci dichiarazioni, sono comminate ai sensi dell'art. 496 del Codice penale, visionati gli elementi esposti nella presente comunicazione, attesta, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e di quanto previsto dal D.P.R. n. 403/1998, la regolarità di quanto contenuto nei presenti documenti e la loro corrispondenza con gli originali.

Bosisio Parini _____

Firma _____