

## CORSI DI “OPERATORE SOCIO ASSISTENZIALE”

# MODULO DI ISCRIZIONE

### SEDE DI INTERESSE \_\_\_\_\_

La presentazione della domanda su supporto cartaceo dovrà essere effettuata tramite **fax**, al numero **095241087**, tramite **mail** all'indirizzo [cosmo.polis@fiscali.it](mailto:cosmo.polis@fiscali.it), **a mezzo posta A/R** al seguente indirizzo: COSMOPOLIS SOCIETA' COOPERATIVA in Via Del Bosco, 267/b. 95125 Catania o brevi manu stesso indirizzo. La domanda deve pervenire sottoscritta e completa degli allegati previsti. Sono ritenute nulle le domande prive di sottoscrizione o mancanti anche di uno solo dei documenti richiesti o incomplete nel contenuto. PER INFORMAZIONI CHIAMARE: **095-4191264**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Residente In \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico Abitazione \_\_\_\_\_

Altro Eventuale Recapito Telefonico (Fax-Cellulare) \_\_\_\_\_

Indirizzo Di Posta Elettronica \_\_\_\_\_

Altro Indirizzo Per Eventuali Comunicazioni \_\_\_\_\_

#### TITOLO DI STUDIO POSSEDUTO:

- Diploma Di Licenza Media Inferiore
- Diploma Di Maturità o Di Scuola Media Superiore
- Diploma Universitario, Laurea o Altri Titoli Equipollenti
- Diploma Post Laurea
- Master Post Laurea
- Qualifica Professionale

Conseguito presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- Altri Attestati Di Studio \_\_\_\_\_

- Corsi Professionali Frequentati \_\_\_\_\_

- Conoscenze Informatiche (Si/No) \_\_\_\_\_ Conoscenza (\*) - 1 (\_\_\_); 2 (\_\_\_); 3 (\_\_\_); 4 (\_\_\_);

Dettaglio Delle Conoscenze Informatiche \_\_\_\_\_

- 1° Lingua Straniera Conosciuta \_\_\_\_\_ Conoscenza (\*) - 1 (\_\_\_); 2 (\_\_\_); 3 (\_\_\_); 4 (\_\_\_);

- 2° Lingua Straniera Conosciuta \_\_\_\_\_ Conoscenza (\*) - 1 (\_\_\_); 2 (\_\_\_); 3 (\_\_\_); 4 (\_\_\_);

(1 – insufficiente; 2 – sufficiente; 3 – buono; 4 – ottimo) (\_\_\_) apporre una croce

**Sede legale:** Via Dedalo, 8 - 90024 Gangi (PA)  
**Sede Amministrativa-Operativa:** Via Del Bosco, 267/B – 95125 Catania (CT)  
P.IVA/ C.F. 05022980824

Tel 095/4191264 – Tel/Fax 095/241087 – Cell +39 3890551316

Posta Elettronica Certificata: [cosmo.polis@pec.it](mailto:cosmo.polis@pec.it)

[cosmo.polis@fiscali.it](mailto:cosmo.polis@fiscali.it) – [www.cosmopolissicilia.it](http://www.cosmopolissicilia.it)

R 06 D Modulo Iscrizione OSA\_20171123 rev. 04 del 29/06/2012

**CONDIZIONE LAVORATIVA:**

- IN CERCA DI PRIMA OCCUPAZIONE** (per chi non ha mai lavorato, non studia e cerca lavoro)  
 **DISOCCUPATO O ISCRITTO ALLE LISTE DI MOBILITA'** (per chi ha perso il lavoro, anche occasionale)  
 **OCCUPATO**

**ESPERIENZE LAVORATIVE:**

(Anno) \_\_\_\_\_ Descrizione \_\_\_\_\_  
(Anno) \_\_\_\_\_ Descrizione \_\_\_\_\_  
(Anno) \_\_\_\_\_ Descrizione \_\_\_\_\_  
(Anno) \_\_\_\_\_ Descrizione \_\_\_\_\_  
(Anno) \_\_\_\_\_ Descrizione \_\_\_\_\_

- Ha presentato analogia istanza di ammissione alla selezione di altri progetti (Sì/No)? Se **SI**, e per quali di essi? \_\_\_\_\_

Si allegano:

- 1) copia del titolo di studio;
- 2) copia di un documento di identità in corso di validità;
- 3) copia del codice fiscale;
- 4) Informativa privacy;
- 5) n. 2 foto formato tessera che saranno utilizzate per il tesserino dello stage;

DATA..... FIRMA.....

**Dichiarazione di consenso ai sensi del D.Lgs 196/03**

Il sottoscritto dichiara che le informazioni suindicate corrispondono a verità ed esprimere il consenso al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs 196/03

DATA..... FIRMA.....