

CORSI DI RIQUALIFICAZIONE IN OPERATORE SOCIO SANITARIO

MODULO DI ISCRIZIONE

SEDE DI INTERESSE _____

La presentazione della domanda su supporto cartaceo dovrà essere effettuata **a mano**, presso la sede della COSMOPOLIS SOCIETA' COOPERATIVA in **Via del Bosco n. 267/b – Catania (CT)** (dal lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 12.30 e nei pomeriggi di lunedì e mercoledì dalle ore 16.30 alle ore 18.30) oppure presso la sede della COSMOPOLIS SOCIETA' COOPERATIVA in **Via Lazio n. 7 – Gangi (PA)** (il martedì e venerdì dalle ore 10.30 alle ore 12.30 e il mercoledì e giovedì dalle ore 15.30 alle ore 19.30) oppure chiamando allo 0935631096 per la sede di **Nicosia (EN)** (tutti i giorni lavorativi dalle ore 09.30 alle ore 12.30 e dalle 17.30 alle ore 19.30), **a mezzo posta** al seguente indirizzo con posta prioritaria: COSMOPOLIS SOCIETA' COOPERATIVA - Via del Bosco n. 267/b -95125 Catania (CT) - specificando sulla busta "CORSI DI RIQUALIFICAZIONE IN OPERATORE SOCIO SANITARIO" .
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:

Assistente domiciliare e dei servizi tutelari - ADEST, denominato anche Operatore socio assistenziale e dei servizi tutelari;

Operatore socio assistenziale – OSA, nelle varie declinazioni;

Operatore addetto all'assistenza delle persone diversamente abili;

Possono, altresì, accedere ai suddetti corsi di riqualificazione in OSS anche i soggetti in possesso dei seguenti titoli:

qualifica di Operatore Tecnico dell' Assistenza (OTA) ai sensi del D.M. 295 DEL 26/07/1991;

qualifica rilasciata ai sensi di legge e conseguita a seguito della frequenza di un corso iniziato entro il 31/12/2019 dal cui attestato risulti una durata di almeno 700 ore in ambito socio - assistenziale di cui complessivamente almeno 150 ore di didattica concernente le aree relative, in linea generale, all'assistenza alla persona;

diploma quinquennale di Tecnico dei Servizi Sociali conseguito a seguito della frequenza del relativo corso di studi presso un Istituto Scolastico Statale di II grado;

diploma quinquennale di Tecnico dei servizi Socio Sanitari conseguito a seguito della frequenza del relativo corso di studi presso un Istituto Scolastico Statale di II grado;

Conseguito presso _____ il _____ VOTO _____

- Altri Attestati Di Studio _____

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
cosmo.polis@fiscali.it – www.cosmopolissicilia.it

R 06 D Modulo Iscrizione RIQUALIF. OSS 2019-2020 rev. 05 del 11/01/2019

- 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

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)

DA QUANTO TEMPO STAI CERCANDO OCCUPAZIONE O SEI DISOCCUPATO?

- Da meno di 6 mesi
 Da 6 a 11 mesi
 Da oltre 12 mesi

ESPERIENZE LAVORATIVE:

(Anno) _____ Descrizione _____
(Anno) _____ Descrizione _____
(Anno) _____ Descrizione _____

- Ha presentato analoga istanza di ammissione alla selezione di altri progetti (Si / No)? Se **SI**, e per quali di essi? _____

Si allegano:

- 1) attestato di qualifica o diploma conseguiti o certificazione sostitutiva ai sensi dell'Art.46 – D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N.445, che dovranno riportare nel primo caso (Attestato) anche il codice del corso, l'Ente che lo ha rilasciato e la data di conseguimento della qualifica, nel secondo caso (Diploma) l'Istituto scolastico che lo ha rilasciato e la data di conseguimento;
- 2) nr. 2 foto formato tessera che saranno utilizzate per il tesserino del tirocinio;
- 3) copia del documento di identità in corso di validità;
- 4) copia del codice fiscale
- 5) Informativa – Consenso Privacy
- 6) Assegno o copia bonifico (con evidenza del nr. CRO) della quota di iscrizione.

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

a) Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016

Il sottoscritto dichiara che le informazioni suindicate corrispondono a verità ed esprimere il consenso al trattamento dei propri dati personali ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016.

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

b) Dichiarazione di autorizzazione al trattamento dei miei dati, ai fini della pubblicazione, dopo aver conseguito la qualifica di OSS, dei riferimenti personali nell'elenco degli Operatori Soci Sanitari.

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