

**DOMANDA DI PRESCRIZIONE AL CORSO DI:  
OPERATORE SOCIO SANITARIO (O. S. S.) CODICE SIFORM 1061303 – ORE 1010  
CORSO AUTORIZZATO D.D.P.F. N. 278 del 30/03/2021 ED AI SENSI DEL DGR 666/2008**

Il/la sottoscritto/a

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogodi Nascita \_\_\_\_\_ ( )

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Tel Cell \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

P. IVA (azienda) \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Cittadinanza:  Italiana  Estera, in Italia dalla data \_\_\_\_\_

In possesso del seguente titolo di studio: \_\_\_\_\_

Condizionelavorativa:

Disoccupato/a da \_\_\_\_\_

Inoccupato/a

In cerca di lavoro

Occupato/a – professione \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

**Di trovarsi nella/e seguente/i condizione/i di vulnerabilità (è possibile barrare una o più caselle a scelta)**

Persona disabile

Persona riconosciuta come disabile secondo la normativa settoriale

Persona di origine straniera o migrante

Persona che si trova in una delle seguenti condizioni:

persona con cittadinanza non italiana che risiede da almeno 12 mesi in Italia (o che si presume saranno almeno 12 mesi) o persona nata all'Estero e che risiede da almeno 12 mesi (o che si presume saranno almeno 12 mesi) in Italia indipendentemente dal fatto che abbia acquisito o meno la cittadinanza italiana o persona con cittadinanza italiana i cui genitori sono entrambi nati all'estero

Appartenente a minoranze (comprese le comunità emarginate come i rom)

Persona appartenente ad una minoranza linguistica o etnica, compresi i rom

Persona inquadrabile nei fenomeni di nuova povertà (leggi di settore)

Tossicodipendente/Ex tossicodipendente

Detenuto/Ex detenuto

Vittima di violenza, di tratta e grave sfruttamento

Altro tipo di vulnerabilità

Ad esempio studenti con Bisogni Educativi Speciali, alcolisti/ex alcolisti, altri soggetti presi in carico dai servizi sociali ecc.

Nessuna condizione di vulnerabilità

**Dichiarazione da compilarsi qualora il richiedente non intenda fornire le informazioni sulla condizione di vulnerabilità.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ non intende fornire all'Ente le informazioni relative alla condizione di vulnerabilità di cui alla presente domanda di iscrizione all'intervento.

LUOGO \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_  
(per i minori di 18 anni firma del genitore o di chi ne esercita la tutela)

## CHIEDE

### Di iscriversi al corso per:

Operatore Socio Sanitario (O. S. S.)

### Indicando come è venuto/a a conoscenza:

Locandine -  Bando -  Facebook -  Sito -  Instagram -  Passaparola -  Altro \_\_\_\_\_

### Allega al presente:

Curriculum vitae in formato europeo (scaricare il modello dal sito [www.venusiasalute.it](http://www.venusiasalute.it))

Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (scaricare il modello dal sito [www.venusiasalute.it](http://www.venusiasalute.it))

Fotocopia del documento d'identità (in corso di validità)

Fotocopia del titolo di studio

### Dati per eventuale fatturazione:

Azienda \_\_\_\_\_ CF/P.IVA \_\_\_\_\_ Codice Univoco: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

## MODALITÀ E CONDIZIONI:

L'attività formativa si svolgerà secondo il programma pubblicizzato ed eventuali cambiamenti saranno comunicati ai partecipanti almeno 3 gg prima della data prevista.

**Il presente modulo d'iscrizione dovrà essere inviato (debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte pena inaccettabilità dello stesso) alla segreteria dell'Ente nei seguenti modi:**

-E-mail: [info@venusiasalute.it](mailto:info@venusiasalute.it)

-Consegnarlo manualmente alla segreteria o spedirlo con raccomandata, ove fa fede la data del timbro postale, a: Venusia SRL, Via Conti, 42 - 63900 Fermo (FM)

- Via fax 0734/628068

**Per eventuali chiarimenti in merito o/e appuntamenti chiamare i seguenti numeri: 0734 628068 - 333 738 0376**

L'iscrizione si intenderà confermata e definitiva solo se accompagnata dall'attestazione dell'avvenuto pagamento della quota d'iscrizione prevista pari ad € 500,00 che dovrà pervenire a mezzo bonifico bancario alle seguenti coordinate:

- CASSA DI RISPARMIO DI FERMO

- IBAN: IT 43Z0615069454CC0270098126

- Intestato a VENUSIA SRL, Via Conti, 42 - 63900 Fermo (FM)

- Nella causale del bonifico andrà indicato: ISCRIZIONE CORSO OPERATORE SOCIO SANITARIO - O. S. S. - CODICE SIFORM 1061303

ed il nominativo della persona che si iscrive.

L'attestazione del pagamento dovrà essere inviata insieme al modulo d'iscrizione, le iscrizioni per un massimo di 27 posti, saranno accettate sulla base dell'ordine di arrivo, pertanto le stesse si riterranno chiuse non appena raggiunto il limite massimo previsto, inoltre si potrà altresì prorogare il termine di scadenza per la presentazione delle iscrizioni qualora l'Ente lo ritenga opportuno. L'organizzazione si riserva di annullare il corso per esigenze organizzative o in caso di mancato raggiungimento del numero minimo di partecipanti, tale eventualità la quota sarà restituita.

La quota di iscrizione, compresa nel costo totale del corso, comprende la consegna del materiale didattico, l'utilizzo della piattaforma FAD e le spese per gli esami: la quota non sarà restituita nel caso in cui dopo l'iscrizione e dopo l'avvenuto pagamento lo studente deciderà per motivi personali di non proseguire il corso e non saranno restituite le quote versate qualora si ritirasse dal percorso in essere.

La Venusia SRL si riserva di comunicare con congruo anticipo la data di avvio corso, la sede di svolgimento ed il calendario delle lezioni.

### Peraccettazione:

Firma

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 in materia di protezione dei dati personali

L'iscrizione al corso prevede l'accettazione al trattamento dei dati in base al Regolamento (UE) 2016/2019. Il rifiuto al trattamento dei dati non permette l'iscrizione all'evento. Con la sottoscrizione della presente autorizzazione l'interessato fornisce il consenso utile all'espletamento delle attività di gestione e rendicontazione delle attività formative. In relazione ai Vostri dati personali potrete esercitare tutti i diritti previsti agli artt. 11-12 del Reg. (UE) 2016/2019, rivolgendovi direttamente a VENUSIA SRL "legale rappresentante" nella persona di Laura Di Marzio.

Firma

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Collaborazione nella rilevazione dei risultati ottenuti a seguito della partecipazione all'intervento**

Al fine di poter valutare i risultati degli interventi realizzati nell'ambito del Programma operativo FSE Marche, così come previsto dai regolamenti europei in materia di FSE, l'Amministrazione potrebbe avere la necessità di conoscere alcune informazioni in merito alla Sua condizione sul mercato del lavoro successivamente alla conclusione dell'intervento. Con la sottoscrizione della presente domanda il richiedente si impegna a collaborare con l'Amministrazione fornendo le informazioni eventualmente richieste mediante questionari da compilare on line o interviste telefoniche.

LUOGO \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_  
(per i minori di 18 anni firma del genitore o di chi ne esercita la tutela)