

## **SCHEDA DI ISCRIZIONE CORSO DI FORMAZIONE**

(Autocertificazione ai sensi del DPR del 28 dicembre 2000, n.445)

### **CORSO PER QUALIFICA OPERATORE SOCIO SANITARIO (O.S.S)**

#### **DATI DEL PARTECIPANTE**

**NOME E COGNOME** \_\_\_\_\_

**TELEFONO** \_\_\_\_\_

**RESIDENZA** \_\_\_\_\_

**DOMICILIO** \_\_\_\_\_

**DATA E LUOGO DI NASCITA** \_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE** \_\_\_\_\_

**TITOLO DI STUDIO** \_\_\_\_\_

**POSIZIONE LAVORATIVA** \_\_\_\_\_

#### **QUOTA DI PARTECIPAZIONE:**

**€ 1.800,00 (IVA compresa);**

**€ 800,00 (IVA compresa) se diplomati presso l' Istituto G. Perlasca (con priorità per i diplomati indirizzo " Servizi Socio Sanitari".**

#### **CONDIZIONI DI PAGAMENTO PER UTENTI DISOCCUPATI/OCCUPATI**

La quota totale di partecipazione è di € 1.800,00 che verrà suddivisa nel seguente modo:

- quota iscrizione pari a **€ 200,00**;
- la quota rimanente di **€ 1.600,00** è da versare all' inizio del corso

Oppure è possibile richiedere un **Finanziamento agevolato** "Form-Fin"(programma/progetto Formazione Finanziata) dalla Cassa Rurale Giudicarie Valsabbia Paganella

#### **CONDIZIONI DI PAGAMENTO PER UTENTI DIPLOMATI PRESSO L' ISTITUTO G. PERLASCA**

La quota di partecipazione verrà suddivisa nel seguente modo:

- **una quota totale** pari a **€ 800,00** di cui:
  - quota iscrizione pari a **€ 200,00**;
  - quota rimanente pari a **€ 600,00** da versare all' inizio del corso;

Oppure è possibile richiedere un **Finanziamento agevolato** "Form-Fin"(programma/progetto Formazione Finanziata) dalla Cassa Rurale Giudicarie Valsabbia Paganella

#### **MODALITA' DI PAGAMENTO**

La quota di iscrizione al corso va versata all'atto dell'iscrizione e non verrà restituita in caso di ritiro salvo rinuncia da comunicarsi in forma scritta almeno 5 giorni prima dell'inizio del corso. In questo caso verrà restituito il 50% della quota di iscrizione (€ 100,00).

Le iscrizioni si ricevono presso il :

- **Consorzio Solco Brescia** (Ufficio Formazione, via Rose di Sotto 53 Brescia), dal lunedì al venerdì, dalle ore 9.00 alle 13.00.
- **Consorzio Laghi** ( Via Breda Vobarno tel. 0365/63691) dal lunedì al venerdì dalle 09.00 alle 12.00.

Il pagamento potrà essere effettuato:

- mediante assegno bancario o circolare intestato al Consorzio Solco Brescia, da consegnare all'Ufficio Formazione;
- mediante bonifico bancario, i cui dati sono i seguenti:
  - Istituto di credito \* Banca credito cooperativa di Brescia
  - Agenzia N. \* via Rose di Sotto 1, 25126 Brescia
  - Intestatario del C/C \* Consorzio Solco Brescia
  - Codice IBAN \* IT38S0869211202017000170275
  - Causale: iscrizione corso OSS  
Saldo corso OSS

Una volta formalizzata l'iscrizione al corso, non sono previsti recuperi o rimborsi per la mancata frequenza dell'attività. Pertanto, l'intera quota di partecipazione sarà dovuta al Consorzio Solco Brescia.

Inoltre, il pagamento dell'intera quota di partecipazione al corso o della quota fissa è una delle condizioni necessarie per poter essere ammessi all'esame finale per il conseguimento della qualifica di Operatore Socio Sanitario.

Nella quota indicata non sono compresi i costi:

- della visita medica di idoneità alla mansione (obbligatoria per poter accedere alle strutture ospitanti il tirocinio);
- delle 2 divise (divisa e calzature) necessarie in fase di tirocinio.

Il Consorzio Solco Brescia provvederà alla consegna del materiale didattico necessario alla buona riuscita del percorso formativo.

Per esigenze di natura organizzativa e didattica, il Consorzio Solco Brescia si riserva la facoltà di annullare o rinviare i corsi programmati. Ogni variazione sarà tempestivamente segnalata alle aziende e ai partecipanti già iscritti relativamente ai quali si provvederà alla restituzione delle quote eventualmente già versate.

#### **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D.lgs. 196/03**

Autorizzo il Consorzio Solco Brescia ad inserire i presenti dati personali nella propria banca dati onde consentire il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale, per effettuare operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna (registrazione partecipanti, accoglienza ed assistenza, orientamento didattico, rilascio attestato e libretto curriculum), per favorire tempestive segnalazioni inerenti ai servizi ed alle iniziative di formazione dell'Ente. Autorizzo la comunicazione dei miei dati agli Enti istituzionali preposti alla concessione di contributi alla formazione ed al rilascio di attestati. Mi è noto che posso esercitare in qualsiasi momento i diritti di cui all'art.7 della presente normativa.

Data \_\_\_\_\_

Firma del partecipante

\_\_\_\_\_

---

In data \_\_\_\_\_, la signora \_\_\_\_\_ versa \_\_\_\_\_ di € 200.00 al **CORSO OPERATORE SOCIO SANITARIO (O.S.S)** ID \_\_\_\_\_

FIRMA E TIMBRO \_\_\_\_\_