

Codice presentatore _____

Spett.le **MONDO VACANZE SRL**
Via Sen. Sammartino n. 73 - 92024 Canicattì

MODELLO N. 31

MODULO DI ISCRIZIONE PER
ASSISTENTE DI STUDIO ODONTOIATRICO

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in _____

Codice fiscale _____

Tel. _____ Cell. _____

Email _____

CHIEDE:

di essere iscritto per la partecipazione al Corso Regionale Autorizzato per l'ottenimento della
qualifica di: **ASSISTENTE DI STUDIO ODONTOIATRICO**

Durata del Corso: **900 ORE**

DICHIARA

di conoscere le modalità di svolgimento del predetto corso di formazione e di accettarle
così come meglio specificate nella scheda riepilogativa e descrittiva che ha visionato ed
approvato così come allegata alla presente.

SI IMPEGNA

a corrispondere nei modi nei tempi e con le modalità qui appresso specificate il pagamento dell'importo dovuto all'Ente organizzatore del corso di formazione complessivamente **pari ad euro _____ (euro _____)**, di cui il **20% (venti per cento)** quale **quota di iscrizione** non rimborsabile in caso di mancata frequenza o di esclusione per mancato pagamento del residuo prezzo.

Allega alla presente richiesta:

- Copia della carta di identità;
- Copia del codice fiscale;
- Titolo di studio

Il sottoscritto dichiara, inoltre:

- di conoscere che l'Ente Mondo Vacanze srl è regolarmente accreditato dalla **Regione Sicilia come Ente di Formazione Professionale**;
- che la quota di iscrizione non è rimborsabile;

MODALITA' DI PAGAMENTO:

(segnare la modalità prescelta)

- BONIFICO BANCARIO:**

Coordinate bancarie - **IBAN: IT 93 G 05387 82880 00000 2491404**

- UNICA SOLUZIONE**

- A RATE CON I SEGUENTI IMPORTI E SCADENZE:**

- 1) Euro _____ all'iscrizione
- 2) Euro _____ a 30 gg. dall'iscrizione;
- 3) Euro _____ a 60 gg. dall'iscrizione;
- 4) Euro _____ a 90 gg. dall'iscrizione;
- 5) Euro _____ a 120 gg. dall'iscrizione.

Dichiara, infine:

- di aver preso visione delle date e delle scadenze dei pagamenti e mi impegno a rispettare le varie scadenze;
- di essere consapevole che in caso di mancato pagamento nei termini concordati verrò escluso dal corso.

Luogo e data _____

Firma

(leggibile e per esteso)

31 - ASSISTENTE DI STUDIO ODONTOITATRICO

DURATA	DURATA DEL CORSO : 700 ORE
STRUTTURA CORSO	-57% ORE STAGE; -14% ORE PRATICA; -29% ORE TEORIA; N.B.: 30% ASSENZE GIUSTIFICATE
DESCRIZIONE E SPENDIBILITA'	Attenendosi alle disposizioni dell'Odontoiatra, L'Assistente di studio odontoiatrico è in grado di assistere lo stesso e i professionisti del settore durante le prestazioni proprie dell'odontoiatra , di predisporre l'ambiente e lo strumentario, di relazionarsi con le persone assistite, i collaboratori esterni, i fornitori e di svolgere le attività di segreteria per la gestione dello studio. L'Assistente di studio odontoiatrico non può svolgere alcuna attività di competenza delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie, delle professioni mediche e delle altre professioni sanitarie per l'accesso alle quali è richiesto il possesso della laurea
PROFILO D'INGRESSO	<ul style="list-style-type: none">- Diploma scuola secondaria di II° grado / Qualifica professionale- Età 18 (compiuti)
DOCUMENTI	<ul style="list-style-type: none">- Documento di Identità;- Codice fiscale;- Titolo di studio; N.B. Per gli studenti stranieri titolo di studio originale e l'equipollenza rilasciata dal consolato, traduzione giurata e Certificato matrimoniale.
TASSA ESAMI	€ 80,00