

Codice presentatore \_\_\_\_\_

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

**MODELLO N. 3**

**MODULO DI ISCRIZIONE PER**  
**CORSO RIQUALIFICA O.S.S. / O.S.S.S (fuori regione)**  
**OPERATORE SOCIO SANITARIO SPECIALIZZATO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**CHIEDE:**

di essere iscritto al corso per l'ottenimento della qualifica di:  
**O.S.S.S. OPERATORE SOCIO SANITARIO SPECIALIZZATO**

Durata complessiva del Corso: **500 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
- Disponibilità al lavoro
- Qualifica professionale di operatore socio assistenziale (o.s.a.)

### Il sottoscritto dichiara, inoltre:

- 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)

### 3 - RIQUALIFICA O.S.S./O.S.S.S. (fuori regione)

#### OPERATORE SOCIO SANITARIO SPECIALIZZATO

<b>DURATA</b>	500 ORE
<b>DESCRIZIONE E SPENDIBILITA'</b>	L'Operatore Socio Sanitario con formazione complementare (O.S.S.S.) in assistenza sanitaria, oltre a svolgere i compiti propri dell'Operatore Socio Sanitario, coadiuva l'infermiere in tutte le attività assistenziali di appartenenza e conformemente alle direttive del personale infermieristico, svolge le ulteriori attività.
<b>PROFILO D'INGRESSO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Qualifica professionale di Operatore Socio Sanitario;</li><li>- Licenza Media;</li><li>- Età 17 anni (compiuti)</li></ul>
<b>DOCUMENTI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Documento di Identità;</li><li>- Codice fiscale;</li><li>- Titolo di studio;</li><li>- Disponibilità al lavoro;</li><li>- Qualifica di Operatore Socio Sanitario.</li></ul> <p><b>N.B.</b> Per gli studenti stranieri titolo di studio originale e l'equipollenza rilasciata dal consolato, traduzione giurata e Certificato matrimoniale.</p>