

**CORSO AUTOFINANZIATO PER IL RILASCIO DELLA QUALIFICA REGIONALE DOMANDA DI  
ISCRIZIONE AL CORSO AUTOFINANZIATO PER IL CONSEGUIMENTO DELLA**

**QUALIFICA DI OPERATORE SOCIO SANITARIO**

**con formazione complementare in Assistenza Sanitaria (Osss) (350 ORE)**

Il/lasottoscritto/a \_\_\_\_\_

CHIEDE DI ISCRIVERSI AL CORSO AUTOFINANZIATO PER: **OPERATORE SOCIO SANITARIO**

**con formazione complementare in Assistenza Sanitaria (OSSS) (350 ORE)**

DA REALIZZARSI NELLA SEDE DI **TEMPIO PAUSANIA**

L'ISCRIZIONE SI INTENDE REGOLARIZZATA AL VERSAMENTO DELLA PRIMA RATA Ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA QUANTO SEGUE**

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Luogo di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

CodiceFiscale \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_

Conseguito il \_\_\_\_\_ Presso \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

Si allega fotocopia di un **documento di identità** in corso di validità e del **codice fiscale**.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**1. CONDIZIONI GENERALI**

È oggetto delle presenti Condizioni Generali la fornitura di attività di formazione professionale per il rilascio di attestato di qualifica da parte dell'Agencia Formativa ANAP SARDEGNA a quanti sottoscriveranno il presente modulo di iscrizione.

Il corso è autofinanziato. L'effettivo avvio del corso è subordinato al raggiungimento del numero minimo di n. 20 iscrizioni. I posti vengono assegnati in base all'ordine di conferma della propria partecipazione e della regolarizzazione amministrativa. È obbligatoria la sottoscrizione dell'informativa e del consenso interessato al trattamento ed alla comunicazione e diffusione di dati personali ai sensi del D.Lgs 101/2018, che è parte integrante della presente scheda. Prima dell'avvio del tirocinio è obbligatorio presentare la documentazione specifica rilasciata dal medico competente attestante l'idoneità psicofisica.

**2. PERFEZIONAMENTO DELL'ISCRIZIONE**

L'iscrizione si intenderà perfezionata nel momento in cui l'Agencia Formativa ANAP SARDEGNA riceverà il presente modulo debitamente compilato e sottoscritto, corredato dal versamento della quota di iscrizione e - in seguito alla comunicazione da parte dell'Agencia Formativa del completamento della classe - alla regolarizzazione amministrativa concordata. È indispensabile allegare al presente modulo copia del documento di identità e del codice fiscale. Qualora non si raggiungesse il numero minimo previsto di partecipanti, l'Agencia Formativa provvederà a restituire la quota di iscrizione.

**3. QUOTA DI ISCRIZIONE**

La quota di iscrizione di € 200,00 dovrà essere versata all'atto della presentazione del modulo di iscrizione sul conto corrente bancario dell'Agencia Formativa ANAP SARDEGNA: Banco di Sardegna Agencia di Oristano IBAN: **IT68L0101517400000000037466**. L'acconto rappresenta parte della quota di partecipazione e dovrà riportare la seguente causale **NOME COGNOME – SUPER OSS TEMPIO**. I pagamenti successivi, indicati al punto 6, dovranno essere effettuati secondo le modalità previste, salvo diverse esigenze, preventivamente concordate con l'Ente.

**4. RECESSO O ABBANDONO DEL CORSO**

Sarà possibile rinunciare all'iscrizione entro 15 giorni prima della data di inizio del corso dandone comunicazione via e-mail all'indirizzo [regionale@anapsardegna.it](mailto:regionale@anapsardegna.it). Qualora la comunicazione di recesso non venisse effettuata entro i termini stabiliti, l'iscritto sarà tenuto a corrispondere all'Agencia Formativa ANAP SARDEGNA il corrispettivo della somma versata come quota di iscrizione a titolo di penale. Dopo l'avvio del corso, l'iscritto sarà tenuto a corrispondere l'intero corrispettivo individuale previsto anche nel caso interrompa la frequenza per cause non attribuibili all'Agencia Formativa. Non è altresì previsto alcun rimborso nei casi in cui l'iscritto fosse impossibilitato a conseguire la qualifica o non fosse ammesso all'esame finale per cause non imputabili all'Agencia Formativa.

**5. RILASCIO ATTESTATO DI QUALIFICA**

Il rilascio dell'Attestato di Qualifica, secondo quanto previsto dalla normativa della Regione Autonoma della Sardegna, sarà subordinato al superamento dell'esame di qualifica finale al quale si accederà con la frequenza di almeno il 90% delle ore e dopo aver completamente regolarizzato la propria posizione amministrativa.

## 6. PAGAMENTI E FATTURAZIONE

Il costo complessivo del corso ammonta a € 1.500,00 (millecinquecento/00). I pagamenti dovranno essere corrisposti dal partecipante secondo la seguente tempistica: € 200,00 al momento dell'iscrizione € 300,00 all'avvio del corso € 500,00 entro la metà del corso € 500,00 entro la conclusione del corso.

**È comunque possibile prevedere piani di pagamento personalizzati**

Data \_\_\_\_\_ firma per accettazione

Il/La sottoscritto/a autorizza espressamente il trattamento dei dati contenuti nel presente modulo di iscrizione ai sensi del D. Lgs. 101/2018 e del Regolamento Europeo 679/2016 (normativa sulla Privacy). I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo dall'Agenzia Formativa ANAP SARDEGNA.

Data \_\_\_\_\_ Firma

IL PRESENTE MODULO DI ISCRIZIONE, COMPILATO IN OGNI SUA PARTE, DOVRÀ ESSERE: consegnato a mano presso il seguente indirizzo:

- ANAP SARDEGNA via Monti Masa 35, Tempio Pausania (SS) 07029
- inviato via e-mail all'indirizzo [regionale@anapsardegna.it](mailto:regionale@anapsardegna.it)