

DOMANDA DI ISCRIZIONE

CORSO DI QUALIFICAZIONE O.S.S. DA 1000 ORE

Corso riconosciuto dalla Regione Lombardia

Qualifica valida su tutto il territorio Nazionale ed Europeo

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

residente a _____ (____) in via _____ n° _____

Codice Fiscale _____ e-mail _____

CHIEDE

di iscriversi al Corso formativo da 1000 ore per la qualifica in Operatore Socio Sanitario istituito da APAR Società Cooperativa Sociale.

Inoltre DICHIARA:

- di aver compilato in ogni sua parte la "SCHEDA DATI ALLIEVO" e di averla sottoscritta;
- di aver preso visione del regolamento "CORSO DI QUALIFICAZIONE IN O.S.S. DA 1000 ORE", di averlo accettato e sottoscritto a parte. Inoltre lo scrivente si impegna a rispettare le modalità e le condizioni di pagamento del Corso indicate nel regolamento;
- di essere a conoscenza che l'assenza superiore al 10% delle ore complessive, comporta l'automatica esclusione dagli esami finali.

In caso di rinuncia o di esclusione dagli esami finali, lo scrivente riconosce di non aver diritto ad alcun rimborso delle somme versate.

Unitamente alla presente viene allegata copia attestante il pagamento della quota d'iscrizione pari a € 350,00.

Autorizzo APAR Società Cooperativa Sociale al trattamento dei miei dati personali ai sensi della legge 196/2003 e s.m.

In fede

Seregno, lì _____
