



**REGIONE LAZIO**  
**Assessorato Formazione, Ricerca, Scuola e Università**  
**Direzione Regionale Formazione, Ricerca e Innovazione**  
**Scuola e Università, Diritto allo Studio**

Attuazione del Programma Operativo della Regione Lazio Fondo Sociale Europeo  
Programmazione 2014-2020  
Asse III – ISTRUZIONE E FORMAZIONE – Priorità di investimento 10.iv  
- Obiettivo specifico 10.4

Interventi di riqualificazione per Operatori Socio Sanitari

ALLEGATO A: ISTANZA DI PRESENTAZIONE

## Istanza di partecipazione al Corso riqualificazione in OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
nazione \_\_\_\_\_ codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

### CHIEDE

di essere ammesso al corso di riqualificazione in Operatore Socio Sanitario per il conseguimento del relativo attestato di qualifica (barrare il corso oggetto della richiesta):

- corsi rivolti a Ausiliari Sanitari per un numero di ore pari a 600 così articolate: il percorso d'aula, organizzato in un modulo base ed uno professionalizzante, con durata pari a 450 ore; il tirocinio con durata pari a 150 ore;
- corsi rivolti a Assistente Domiciliare e dei Servizi Tutelari - ADEST per un numero di ore pari a 330 così articolate: il percorso d'aula, organizzato in un modulo base ed uno professionalizzante, con durata pari a 184 ore; il tirocinio con durata pari a 146 ore;
- corsi rivolti a Operatore Tecnico dell'Assistenza - OTA per un numero di ore pari a 220 così articolate: il percorso d'aula, organizzato in un modulo base ed uno professionalizzante, con durata pari a 170 ore; il tirocinio con durata pari a 50 ore.

### INDICA

ASL di preferenza: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità ed uso di atti falsi, ai sensi dell'art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità**

### DICHIARA

- 1) di essere di sesso [M] [F]
- 2) di essere cittadino [1] Italiano  
[2] Comunitario \_\_\_\_\_ (indicare nazionalità)  
[3] Extracomunitario \_\_\_\_\_ (indicare nazionalità)
- 3) di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ località \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n.  
\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

**4)** di essere domiciliato e di voler ricevere eventuali comunicazioni al seguente indirizzo

Comune di \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ località \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

**5)** di essere in possesso del seguente titolo di studio

- |                              |  |
|------------------------------|--|
| [1] scuola media inferiore   | [4] laurea triennale e/o titoli equipollenti |
| [2] diploma scuola superiore | [5] laurea specialistica                     |
| [3] diploma universitario    | [6] altro _____                              |

conseguito nell'anno \_\_\_\_\_ presso l'istituto \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_

**6)** di essere in possesso dell'attestato/i e/o qualifica in ambito sociosanitario

tipo attestato/qualifica \_\_\_\_\_  
conseguito in data \_\_\_\_\_ durata del corso (ore) \_\_\_\_\_ svolto presso \_\_\_\_\_  
con sede in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_

*(ripetere la compilazione per ogni attestato/qualifica)*

**7)** di avere diritto a partecipare in quanto attualmente impegnato nella struttura:

\_\_\_\_\_  
con sede in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_

con la seguente forma contrattuale di lavoro \_\_\_\_\_

e con le seguenti funzioni \_\_\_\_\_

**8)** di aver preso visione e di conoscere le prescrizioni contenute nell'Avviso pubblico.

**9)** di essere consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, ovunque rilasciate nel contesto della presente domanda e nei documenti ad essa allegati, il dichiarante incorre nelle sanzioni penali richiamate dal DPR 445/2000, oltre alla decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato in base alle dichiarazioni non veritiere.

**10)** di autorizzare la Regione Lazio al trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi del D.Lgs n. 196/2003.

**DICHIARAZIONI INTEGRATIVE PER I CITTADINI STRANIERI O PER COLORO I QUALI HANNO CONSEGUITO IL TITOLO DI STUDIO ALL'ESTERO:**

Il/La sottoscritto/a **dichiara inoltre:**

- di essere in regola con la vigente normativa che disciplina l'immigrazione e la condizione di straniero;

- di essere in possesso del Permesso di soggiorno rilasciato da:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ valido fino alla data \_\_\_\_\_;

- di conoscere la lingua italiana;

- di essere in possesso del seguente titolo di studio conseguito all'estero in data \_\_\_\_\_

presso l'istituto/scuola \_\_\_\_\_

con sede in (indirizzo completo) \_\_\_\_\_

e che tale titolo, in Italia, corrisponde a:

licenza scuola media inferiore

diploma che dà accesso a corsi universitari negli atenei italiani

altro (specificare) \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dichiara che tutta la documentazione allegata in copia è conforme all'originale.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_