



REGIONE SICILIA
Assessorato della Salute
Dipartimento Attività Sanitarie ed
Osservatorio epidemiologico



CORSO DI RIQUALIFICA IN OPERATORE SOCIO SANITARIO OSS

Durata 420 ore

D.A n.738 12 Agosto 2020 – GURS del 28/08/2020 Parte I n.45

Allegato A

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Il/La sottoscritto/a

Nome e Cognome.....
Luogo e data di nascita

Indirizzo CAP Città

Prov.

Codice Fiscale.....

Tel. Fax e-mail

Titolo di studio

In possesso di:

- qualifica Assistente Domiciliare e dei Servizi Tutelari – ADEST- denominato anche Operatore Socio Assistenziale e dei servizi tutelari
- qualifica Operatore Socio Assistenziale – OSA- denominato anche “OSA per l’infanzia”, “OSA per le demenze”, OSA per l’handicap”, “OSA per gli anziani”
- qualifica Operatore Addetto all’assistenza delle Persone diversamente Abili
- Altra qualifica rilasciata ai sensi di legge e conseguita a seguito della frequenza di un dal cui attestato risulti una durata di almeno 700 ore in ambito socio – assistenziale di cui complessivamente almeno 150 ore di didattica concernente le aree relative, in linea generale, all’assistenza alla persona, così come previsto dalla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana del 22-03-2019 Parte I n. 13

.....
(Indicare la qualifica)

Durata in ore del corso Rilasciato ai sensi di legge da..... In data.....

Eventuali dati per la richiesta di Fatturazione (facoltativo)

Intestazione.....

Indirizzo.....Cap.....Città.....Prov.....Co
dice Fiscale.....Partita Iva.....

CHIEDE

di essere iscritto al corso DI RIQUALIFICAZIONE IN OSS - OPERATORE SOCIO SANITARIO Regione Siciliana Ass. alla Salute - D.A n.738 12 Agosto 2020 – GURS del 28/08/2020 Parte I n.45

con sede di erogazione formativa a **BAGHERIA (PA)**



REGIONE SICILIA
Assessorato della Salute
Dipartimento Attività Sanitarie ed
Osservatorio epidemiologico


CENTRO STUDI AURORA
ASSOCIAZIONE

CORSO DI RIQUALIFICA IN OPERATORE SOCIO SANITARIO OSS

Durata 420 ore

D.A n.738 12 Agosto 2020 – GURS del 28/08/2020 Parte I n.45

Il/La sottoscritto/a, altresì, dichiara espressamente di accettare tutte le condizioni specificate nell'allegato B "Condizioni generali" e facente parte integrante della presente scheda di iscrizione

Luogo e data

Firma

Il/La sottoscritto/a, altresì, autorizza al trattamento dei dati, ai fini della pubblicazione, dopo aver conseguito la qualifica di OSS, dei riferimenti personali nell'albo regionale degli Operatori socio sanitari

Luogo e data

Firma

Il/La sottoscritto/a, altresì, dichiara di aver preso visione integrale, in riferimento al Trattamento dei dati personali, dell'INFORMATIVA AI SENSI DEL D. LGS. 196/2003 E DEGLI ARTICOLI 13 E 14 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679 (Allegato A.1-parte integrante della presente scheda di iscrizione) e di essere consapevole i dati forniti saranno raccolti dall'ente per le finalità di espletamento delle iscrizioni e gestione del corso e saranno trattati successivamente per le medesime finalità anche con strumenti informatici. Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione ed il possesso di titoli, pena la non ammissione al corso. Ai/Alle partecipanti sono riconosciuti i diritti indicati dalla citata normativa, in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi. Il titolare del trattamento è Centro Studi Aurora.

Luogo e data

Firma

Il sottoscritto è a conoscenza che, ai sensi dell'art. 26 Legge 15/68, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali.