



REGIONE SICILIANA
ASSESSORATO DELL'ISTRUZIONE E FORMAZIONE
PROFESSIONALE
ASSESSORATO DELLA SALUTE

 ASSOCIAZIONE
CENTRO STUDI AURORA Onlus

PERCORSO FORMATIVO PER IL CONSEGUIMENTO
DELLA **QUALIFICA OSA + RIQUALIFICAZIONE OSS**
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

Eventuali dati per la richiesta di Fatturazione (facoltativo)

Intestazione.....
Indirizzo.....Cap.....Città.....Prov.....
Codice Fiscale.....Partita Iva.....

CHIEDE

di essere iscritto al Percorso Formativo per il conseguimento della Qualifica OSA e Riqualificazione OSS Regione Siciliana - Assessorato alla Salute D.A. del 22/03/2017 - Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana del 14-04-2017 Parte I n. 15 secondo le "Condizioni generali" di seguito allegate, con sede di erogazione formativa a:

☐ **PALERMO**

☐ **BAGHERIA (PA)**

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 (GURS del 14-04-2017 Parte I n. 15)

Luogo e data

Firma

Il/La sottoscritto/a, altresì, dichiara la sua disponibilità a svolgere il tirocinio OSS esclusivamente presso le strutture pubbliche indicate nella sezione "Tirocinio" (GURS 31-10-2014 Parte I n.46)

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.