



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.377 12 Marzo 2019 e successive modifiche D.A. n.738 del 12 Agosto 2020
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.377 12 Marzo 2019 e successive modifiche D.A. n.738
del 12 Agosto 2020**

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



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.377 12 Marzo 2019 e successive modifiche D.A. n.738 del 12 Agosto 2020

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**

**Fir
m
a**

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**

**Fir
m
a**

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

**Luogo e
data**

**Fir
m
a**

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.