



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**

**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 UEN. 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.