



REGIONE SICILIA
Assessorato della Salute
Dipartimento Attività Sanitarie ed
Osservatorio epidemiologico



CENTRO STUDI AURORA ETS
ASSOCIAZIONE

CORSO DI QUALIFICAZIONE IN OPERATORE SOCIO SANITARIO OSS
Durata 1000 ore
Ai sensi dell'Accordo Stato Regioni del 22 Febbraio 2001 .
DECRETO n.193 del 2 marzo 2023 – GURS (p.l) n.12 del 17 marzo 2023 (n.9)
Edizione 2024

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Allegato A

Il/La sottoscritto/a
Nome e Cognome.....
Luogo e data di nascita.....
Indirizzo.....Cap.....
Citta'.....Prov.....Tel/Cell.....
Fax.....E-mail.....
Codice fiscale.....
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 **CORSO DI QUALIFICAZIONE IN OPERATORE SOCIO SANITARIO OSS**
Durata 1000 ore - Ai sensi dell'Accordo Stato Regioni del 22 Febbraio 2001 DECRETO n.193 del
2 marzo 2023 – GURS (p.l) n.12 del 17 marzo 2023 (n.9)

con sede di erogazione formativa a **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**
.....



REGIONE SICILIA
Assessorato della Salute
Dipartimento Attività Sanitarie ed
Osservatorio epidemiologico



CENTRO STUDI AURORA ETS
ASSOCIAZIONE

CORSO DI QUALIFICAZIONE IN OPERATORE SOCIO SANITARIO OSS
Durata 1000 ore

Ai sensi dell'Accordo Stato Regioni del 22 Febbraio 2001 .
DECRETO n.193 del 2 marzo 2023 – GURS (p.l) n.12 del 17 marzo 2023 (n.9)
Edizione 2024

Il/La sottoscritto/a, altresì, autorizza al trattamento dei dati, ai fini della pubblicazione, dopo aver conseguito la qualifica di OSS durata 1000 ore

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 Ets.

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.