



REGIONE SICILIA  
Assessorato della Salute  
Dipartimento Attività Sanitarie ed  
Osservatorio epidemiologico



## CORSO DI QUALIFICAZIONE IN OPERATORE SOCIO SANITARIO OSS

Durata 1000 ore

Ai sensi dell'Accordo Stato Regioni del 22 Febbraio 2001 .

D.A n.736 12 Agosto 2020 – GURS del 28/08/2020 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 .....

#### 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 QUALIFICAZIONE IN OPERATORE SOCIO SANITARIO OSS Durata 1000 ore - Ai sensi dell'Accordo Stato Regioni del 22 Febbraio 2001. D.A n.736 del 12 Agosto 2020– GURS del 28/08/2020 n.45**

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**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 28-08-2020 Parte I n. 45)

**Luogo e data**

**Firma**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



REGIONE SICILIA  
Assessorato della Salute  
Dipartimento Attività Sanitarie ed  
Osservatorio epidemiologico



## CORSO DI QUALIFICAZIONE IN OPERATORE SOCIO SANITARIO OSS

Durata 1000 ore

Ai sensi dell'Accordo Stato Regioni del 22 Febbraio 2001 .

D.A n.736 12 Agosto 2020 – GURS del 28/08/2020 n.45

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.*