

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE AI CORSI AUTOFINANZIATI

Il/La sottoscritto/a _____ Codice Fiscale _____

Essendo interessato ad ISCRIVERSI AL CORSO DI FORMAZIONE AUTOFINANZIATO:

OPERATORE SOCIO-SANITARIO (O.S.S.) 1000 Ore - SEDE DI SELARGIUS

(Come previsto da: Accordo Stato Regioni del 16.02.2003; dell'Accordo tra il Ministero della Sanità, il Ministero per la Solidarietà Sociale, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano per la individuazione della figura e del relativo professionale dell'Operatore Socio Sanitario e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione, del 22 febbraio 2001 pubblicato sulla G.U. – Serie Generale n.91 del 19.04.2001 e successive modifiche; del Regolamento per i corsi di formazione professionale, gestiti dai Centri Regionali di Formazione Professionale, in accordo con l'Assessorato dell'Igiene e Sanità, in ottemperanza alla deliberazione della G.R. 29.04.2003 n.13/84 e relativi allegati A-B-C; della delibera Regione Autonoma della Sardegna 47/43 del 14/11/2013; della Delibera Regione Autonoma della Sardegna 18/12 del 14/04 del 21 aprile 2015; della delibera Regione Autonoma della Sardegna n.3/29 del 27.01.2023).

Ai sensi dell'art.21 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. del 28/12/2000 N. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/2000 N. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA QUANTO SEGUE:

Luogo di nascita _____ Prov. _____ Data di nascita ____/____/____

Luogo di residenza _____ Prov. _____ Indirizzo _____

CAP _____ Titolo di studio _____ Conseguito il _____

Presso _____ Telefono _____ Cellulare _____

E-mail _____

CHIEDO VENGA VERIFICATO IL RICONOSCIMENTO DEI CREDITI FORMATIVI sulla base del/dei titolo/i in mio possesso, in tal senso faccio presente di possedere il/i seguente/i titolo/i o altra documentazione che funzionale alla verifica e al riconoscimento di eventuali crediti formativi: _____

l'Associazione Cnos Fap Regione Sardegna si impegna a verificare e valutare la documentazione prodotta e a comunicare al richiedente l'esito della verifica; qualora risultasse avere diritto al riconoscimento di crediti formativi verrà comunicato il numero di ore integrative da frequentare nel Corso per **OPERATORE SOCIO-SANITARIO (O.S.S.) 1000 Ore - SEDE DI SELARGIUS** ed il relativo costo, onde consentirgli procedere all'effettiva iscrizione se di interesse.

Allegati obbligatori:

1. Copia Documento Identità in corso di validità e Codice Fiscale.
2. Copia del Titolo ed eventuale ulteriore documentazione funzionali al riconoscimento di crediti formativi

Data _____ Firma per esteso _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

- a) Titolare del trattamento è il CNOS FAP SALESIANI SARDEGNA, Via Don Bosco 14, 09147 – Selargius (CA).
- b) Con la firma apposta sulla presente si manifesta il proprio consenso ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 ad utilizzare i dati qui forniti, nel rispetto delle norme di sicurezza e di segretezza professionale, per le seguenti finalità: trattamento ai fini di elaborazione ed analisi, comunicazioni agli Enti pubblici o privati per rispettare gli obblighi di legge o per avviare attività formative, invio di materiale e comunicazioni riguardo azioni formative.
- c) Con la firma apposta sulla presente dichiara, inoltre, di prestare il proprio consenso, ai sensi del D.lgs. n. 196/2003, affinché il personale del CNOS FAP SALESIANI SARDEGNA espressamente autorizzato (quali ad esempio Direttrice, Addetti alla segreteria tecnica e amministrativa) possa avere accesso ai dati relativi alla valutazione nel rispetto delle norme di sicurezza e di segretezza professionale, per le seguenti finalità: trattamento ai fini di elaborazione ed analisi, comunicazioni agli Enti pubblici o privati per il rispetto degli obblighi relativi al percorso formativo. Il consenso qui espresso ha validità fino a contraria comunicazione scritta e firmata del/della sottoscritto/a.

Data _____ Firma per esteso (leggibile) _____