

Marca da
bollo da
Euro 16,00

MODULO 2. – (soggetto minorenni)

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL CORSO
PER OPERATORE SOCIO SANITARIO 2024-2025**
(DA COMPILARE IN STAMPATELLO)

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
Nato/a a _____ Provincia (____) il ___/___/_____ residente in
_____ Prov.(____) CAP _____ Via _____ N _____
Cellulare _____ Indirizzo e-mail _____

CODICE FISCALE:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Eventuale altro recapito (*se diverso dalla residenza*) per tutte le comunicazioni relative alla presente domanda

Nella sua qualità di _____ del/la sig./sig.ra _____

CHIEDE

che il sig./sig.ra _____ sia ammesso/a al corso per Operatore Socio Sanitario presso la sede formativa di

(SELEZIONARE UNA SOLA SEDE)

ARCO BORGIO VALSUGANA LEVICO TERME ROVERETO (SERALE)

A tal fine, ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o di uso di atto falsi, nonché dalla decadenza dei benefici conseguente al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 del D.P.R. n. 445/2000):

DICHIARA

Che il/la sig./sig.ra _____ nato/a a _____ Prov. (____) il ___/___/_____ residente in _____ Prov.(____) CAP _____ Via _____ N _____
Cellulare _____ Indirizzo e-mail _____

CODICE FISCALE:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- è in possesso della cittadinanza _____;
- è in possesso del titolo di studio richiesto (diploma di scuola secondaria di primo grado – terza media);
- (solo per chi ha conseguito il titolo di studio all'estero) è in possesso della dichiarazione di valore (**allegare copia**);
- ha provveduto al pagamento di € 15,00 tramite sistema PagoPa come contributo per l'ammissione al bando per la sede prescelta (**allegare ricevuta**);

SE CITTADINO STRANIERO che è in possesso, alla data di presentazione della domanda,

- di regolare permesso di soggiorno (se extracomunitario);
- del titolo di studio conclusivo conseguito in Italia (scuola media o livello superiore)

o, in alternativa

- di essere in possesso del certificato di conoscenza della lingua italiana livello B2 rilasciato da centri di certificazione autorizzati

Nel caso di **portatori di handicap**, ai sensi della L.P. n. 08/10.09.2003 e della L. n. 104/05.02.1992:

- che necessita dei seguenti ausili per sostenere le prove d'esame _____
- che necessita di tempi aggiuntivi per sostenere le prove _____

Allegare certificazione – in copia semplice - relativa allo specifico handicap rilasciata dalla commissione medica competente per il territorio.

Luogo e data, _____

Firma del genitore (o di chi ne esercita la potestà)

.....

DICHIARA altresì

- di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali (disponibile al link https://drive.google.com/file/d/1a75TKleD41Dc17GMLhopXiD29zgejwH3/view?usp=drive_link) ed essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente richiesta viene presentata e che il trattamento è disciplinato dal Regolamento generale sulla protezione dei dati UE 2016/679 del 27 aprile 2016 aggiornato alle rettifiche pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale dell'Unione europea 127 del 23 maggio 2018

Firma del genitore (o di chi ne esercita la potestà)
