

Schema di Domanda

**All'Organismo di Formazione Professionale
ISTITUTO KEPLERO ONLUS
Via Tremiti, 5
86039 TERMOLI**

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____, residente a _____

Prov. _____ Via _____ n. _____ tel. _____

cell. _____ e-mail _____

CHIEDE

di essere ammesso a frequentare il percorso formativo denominato:

- OPERATORE SOCIO SANITARIO

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

- Di essere in possesso del titolo di studio: _____

- Di essere in possesso della seguente qualifica:

- operatore socio assistenziale
- operatore tecnico assistenziale
- operatore tecnico addetto all'assistenza, conseguita ai sensi del DM n. 295/91
- ausiliario socio assistenziale
- operatore di base per RSA
- assistente domiciliare dei servizi tutelari
- operatore socio assistenziale per RSA
- assistente domiciliare integrato
- assistente geriatrico
- addetto all'assistenza di base

- Di lavorare presso la seguente struttura: _____

- Dichiaro, inoltre, di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli sulla veridicità di quanto dichiarato.

Alla presente allego fotocopia del documento di riconoscimento e dell'eventuale titolo indicato.

Luogo e data

Firma per esteso del dichiarante

Informativa ai sensi dell'art 13 del D.Lgs 196/03

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.