**Pro SPETT.LE ERFAP LAZIO**

**Prot. n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Via Angelo Bargoni 78**

**00153 Roma**

**DOMANDA**

**diiscrizione al Corso di formazione in autofinanziamento per la qualifica di**

**“OPERATORE SOCIO SANITARIO” (1012 Ore)**

**Determina di autorizzazione REGIONE LAZIO n° G15141 del 11/12/2020**

…il/la…sottoscritto/a………………………………………………………….……….…..nato/a……………………..………………………

Comune…………………………………Prov.(………..) il.............................................Cittadinanza……………………………………

Codice Fiscale ………………………………..………

**CHIEDE**

**DI ESSERE ISCRITTO/A AL CORSO**

**ECONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ E DELLE PENE STABILITE DALLA LEGGE PER FALSE ATTESTAZIONI E MENDACI DICHIARAZIONI, SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ**

**(ARTT. 48-76 D.P.R. 28/12/2000, N°445)**

# DICHIARA

Di risiedere in Via/Piazza ………………………..…………….n…….……Comune…………………………..…………Prov.(……)

C.A.P………..…..…telefono ……….……………………e mail…. …………………………………………………………………………

**(Indicare il domicilio se diverso dalla residenza)**

**1) Di essere cittadino: □ Italiano □ Comunitario □ Extracomunitario**

**2) □ di aver compiuto 18 anni ovvero età inferiore, purché in possesso di Qualifica professionale in attuazione del diritto dovere all’istruzione e/o alla formazione professionale ai sensi del decreto legislativo 17 ottobre 2005 n.226**

**3) □ Di essere in possesso del diploma di scuola secondaria di primo grado secondo la normativa vigente**

**4) □ Di essere in regola,per i cittadine extracomunitari,con la normativa vigente in materia di possesso del permesso di soggiorno ed in possesso di titolo di studio riconosciuto come equipollente al diploma di scuola dell’obbligo in Italia**

**Da allegare obbligatoriamente pena l’esclusione:**

* **Per gli italiani e gli stranieri comunitari fotocopia di un documento di identità in corso di validità**
* **Per gli stranieri extracomunitari fotocopia di un documento di identità in corso di validità e regolare permesso di soggiorno valido per tutta la durata del percorso.**

**Conoscenze linguistiche:**

**Per i cittadini stranieri è indispensabile la conoscenza della lingua italiana almeno al livello B*1* del Quadro Comune Europeo di Riferimento per le Lingue, restando obbligatorio lo svolgimento delle specifiche prove valutative in sede di selezione, ove il candidato già non disponga di attestazione di valore equivalente**

Informiamo che ai fini del D.Lgs 196/03 (di seguito GDPR 2016/679) i dati richiesti saranno utilizzati da ERFAP LAZIO unicamente per i fini previsti dalla partecipazione al progetto formativo in questione.

DATA……………………………………….. FIRMA DEL RICHIEDENTE …………………………...…………………………….

**Prot. n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con la presente si impegna a frequentare il corso di qualifica in OPERATORE SOCIO SANITARIO (1012 Ore) autorizzato dalla Regione Lazio con Determina n° G15141 del 11/12/2020

La quota di partecipazione al corso è di € 2.850,00

La quota onnicomprensiva dei costi di realizzazione (Iscrizione; Assicurazioni; Materiale didattico; Tasse esame ecc.ecc) **non comprende** le spesse per le visite sanitarie obbligatorie e il bollo per gli attestati.

**Modalità di pagamento.**

**□ PAGAMENTO ANTICIPATO IN UN’UNICA RATA DI** € 2.800,00 ( duemilaottocento /00 euro)

**□ PAGAMENTO IN QUATTRO RATE COSÌ SUDDIVISE:**

1° rata pari ad € 400,00 (quattrocento/00 euro) al momento dell’iscrizione.

2° rata pari ad € 800,00 (ottocento/00 euro) dopo tre mesi dall’inizio dell’attività in aula

3° rata pari ad € 850,00 (ottocentocinquanta/00 euro) al completamento dell’attività in aula

4° rata a saldo pari ad € 800,00 (ottocento**/**00 euro) entro il decimo giorno antecedente agli esami finali.

**Si fa presente che il mancato completamento dei pagamenti prima della data di esame comporta l’esclusione dall’esame stesso.**

**INTESTAZIONE BANCARIA PER EFFETTUARE IL VERSAMENTO**

ERFAP-LAZIO Banca: UBI Banca CODICE IBAN IT91B0311103253000000025677

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ In Fede