

SCHEMA DI ISCRIZIONE

PERCORSO DI QUALIFICA PER OPERATORE SOCIO SANITARIO 1000 ORE
Edizione COPPARO Maggio 2025

Operazione presentata alla PA Rif 2021-23797/RER in risposta all'avviso pubblico DGR 334/2021 ed in fase di valutazione

IL SOTTOSCRITTO

consapevole delle sanzioni penali applicabili in caso di dichiarazioni mendaci e non veritiere che sono previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R 28/12/2000 n. 445 e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue:

Cognome*	Nome*	
Luogo di Nascita*	Data di Nascita*	
Cittadinanza*		
Residenza*	via / n.	CAP
Domicilio (indicare solo se diverso dalla residenza)		
Codice Fiscale*		
Cell.*	e-mail *	

Titolo di Studio

- Diploma di licenza media inferiore
- Qualifica professionale, eventualmente conseguita anche tramite apprendistato
- Diploma di scuola superiore di 4-5 anni che consente l'iscrizione all'università
- Laurea triennale (nuovo ordinamento)
- Laurea di durata superiore ai tre anni (diploma di laurea vecchio ordinamento ovvero laurea specialistica nuovo ordinamento)
- Altro (specificare.....)

Condizione Occupazionale

- In cerca di prima occupazione
- Occupato alle dipendenze (compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica e chi è in CIG)
- Occupato autonomo
- Disoccupato alla ricerca di nuova occupazione (o iscritto alle liste di mobilità) dichiarando di essere iscritto al Centro per l'impiego di _____
- Studente
- Inattivo diverso da studente (casalinga/o, ritirato/a dal lavoro*, inabile al lavoro, in servizio di leva o servizio civile (in altra condizione)
- Altro (specificare.....)

segue

PERCORSO DI QUALIFICA OPERATORE SOCIO SANITARIO 1000 ORE

In possesso dei seguenti requisiti

- Aver compiuto i 18 anni di età
- Avere assolto all'obbligo scolastico
- Essere disoccupato/a
- Essere residente o domiciliato/a in Emilia-Romagna. Sarà data priorità ai candidati residenti in provincia di Ferrara e territori limitrofi (comprese alcune zone confinanti del Veneto)
- Essere disponibile ad effettuare una selezione costituita da un test di cultura generale e da un colloquio individuale.

Se cittadino straniero, dichiara di possedere:

- Permesso di soggiorno in regola con la normativa vigente
- Titolo di studio legalmente tradotto o dichiarazione di valore
- Certificazione attestante la conoscenza della lingua italiana adeguata alla comprensione delle materie di studio (Liv. B1).

Intende iscriversi al PERCORSO DI QUALIFICA OPERATORE SOCIO SANITARIO 1000 ORE COPPARO Maggio 2025 organizzato da HumanResources Search&Training Srl

Il candidato **dichiara** di accettare le seguenti clausole:

- 1) La scheda di iscrizione non costituisce ammissione al corso.
L'ammissione è subordinata alla dimostrazione del possesso dei requisiti richiesti, al positivo superamento delle prove di selezione, alla sottoscrizione del Patto formativo. I candidati ammessi alla frequenza del corso sono 25. Data e luogo della selezione saranno comunicate all'indirizzo e-mail fornito dal candidato.
- 2) Qualora il candidato presenti documentazione incompleta, o non si presenti alle prove di selezione nelle date previste, verrà escluso dalla rosa dei candidati ammissibili.

Allega la seguente documentazione:

- Fotocopia della Carta d'Identità/permesso di soggiorno in corso di validità;
- DID rilasciata dal Centro per l'Impiego (scaricabile da Lavoroxte tramite SPID);
- Certificazione del Titolo di studio estero: se conseguito in paesi europei allegare traduzione giurata, se conseguito in paesi extraeuropei allegare dichiarazione di valore;
- Certificazione attestante la conoscenza della lingua italiana adeguata alla comprensione delle materie di studio (Liv. B1, per cittadini stranieri)

Il corso è GRATUITO in quanto finanziato su Fondi FormaTemp.

Le persone che si qualificheranno riceveranno una prima proposta di lavoro in somministrazione dal partner di progetto.

ISCRIZIONE: I corsi avranno inizio al raggiungimento del numero minimo di partecipanti previsti; nel caso non venissero raccolte sufficienti adesioni, l'ente di formazione si riserva la facoltà di rinviare l'inizio delle attività.

Per accettazione

Data _____

Firma _____

In ottemperanza al GDPR Reg. (UE) 2016/679 la informiamo che i dati sopra raccolti verranno trattati per la sola erogazione dei servizi sopra indicati. La informiamo inoltre che potrà esercitare i suoi diritti di: accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione e portabilità semplicemente comunicandoci la Sua richiesta all'indirizzo info@hstconsult.com

Data _____

Firma _____

Da inviare, unitamente ai documenti richiesti, a:
formazioneossferrara@adecco.it