

**MODULO DI CONVALIDA DELL'ISCRIZIONE
AL CORSO OSS
PER IL PERIODO FORMATIVO ____/____**

Il/La sottoscritto/a (cognome).....(nome).....
nato/a(Prov.....) il
Numero di telefono/..... Cellulare/.....
Indirizzo e-mail@.....

- conferma la propria iscrizione al corso per Operatore Socio-Sanitario, sede di _____

- allega la documentazione richiesta:
 - Ricevuta bonifico bancario quale prima rata della quota di iscrizione al Corso per Operatore Socio-Sanitario che può essere restituita, su richiesta del candidato, solo nel caso in cui si iscriva successivamente ad un corso di laurea, entro e non oltre venerdì 04 ottobre 2019.
 - di € 400,00 (per residenti nella provincia di Trento)
 - di € 800,00 (per non residenti nella provincia di Trento)
 - N. 02 foto formato tessera firmate sul retro;

- si impegna a versare la seconda rata di iscrizione (di € 200,00 se residente in Provincia di Trento o di 400,00 se non residente in Provincia di Trento) entro il 31 marzo 2020.

- *per gli operatori in servizio* (di ruolo e non di ruolo):
 - dichiarazione dell'ente da cui dipendono che attesti l'esistenza del rapporto di lavoro, la qualifica posseduta, le attività svolte, la data di assunzione ed i periodi lavorati.

....., li

.....
firma