



Unione Europea  
Fondo sociale europeo



Regione Calabria

## ASSOCIAZIONE PER LA FORMAZIONE NELL'AREA DEL MEDITERRANEO

# FORMED

ASSOCIAZIONE PER LA FORMAZIONE  
NELL'AREA DEL MEDITERRANEO

Via Circonvallazione Nord, 55/D - 89048 SIDERNO (RC)

P. Iva e C.F. **96028850798**

Tel./Fax **0964 342707** - email: [info@imagemultimedia.com](mailto:info@imagemultimedia.com)

## SCHEDA DI PRE-ADESIONE AL CORSO DI FORMAZIONE PER “OPERATORE SOCIO SANITARIO - O.S.S.”

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ RESIDENTE A \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

DOMICILIATO/A \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

N° TELEFONO \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

TITOLO DI STUDIO \_\_\_\_\_

### MANIFESTA L'INTERESSE DI FREQUENTARE IL CORSO DI: **OPERATORE SOCIO SANITARIO - O.S.S.**

**DURATA 1000 ORE** (450 ore di formazione teorica - 100 ore di esercitazioni - 450 ore di tirocinio)

**COSTO € 2.600,00** (duemilaseicento/00) comprensivo di materiale didattico e attestato finale (modalità di pagamento da concordare con la segreteria dell'Ente)

#### ALLEGA alla presente:

1. COPIA DOCUMENTO DI IDENTITA'
2. COPIA CODICE FISCALE
3. COPIA DEL TITOLO DI STUDIO
4. CERTIFICATO ATTESTANTE L'IDONIETA' PSICO-FISICA ALLO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' DI O.S.S..

Luogo e data, \_\_\_\_\_

*Firma*

\_\_\_\_\_