Scheda di iscrizione all'intervento

Corso di Prima Formazione per Operatori Socio Sanitario (O.S.S.)
Sede di GENOVA DD 2240 del 09/10/2026

Compilazione a cura del destinatario

SCHEDA DI ISCRIZIONE ALL'INTERVENTO

(da utilizzare per gli interventi rivolti alle persone)

...l... sottoscritto/a .....…….. nato/a il |__|__| - |__|__| - |__|__|__|__|
a .....……. (.....) Stato.....……
Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CHIEDE

di essere iscritto/a a frequentare/partecipare all'intervento indicato e a tale scopo, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dalla Legge in caso di mendaci dichiarazioni in base agli art. 496 del Codice penale e art.76 del DPR 455 del 28/12/2000, nonché della decadenza dei benefici conseguiti in base alle stesse,

DICHIARA

- **di avere la seguente cittadinanza:** ……

- **di risiedere in:**

Via/Piazza ..... n° .....…… C.A.P. .....

Località ….....…..... Prov. ....…..... Tel. Abitazione* ...../.....…….....

Telefono cellulare*……/……. e-mail* ……..……..……

*) *È obbligatorio indicare almeno uno dei tre recapiti richiesti*

- **di avere il domicilio in** (solo nel caso in cui la residenza non coincida con il domicilio):

Via/Piazza ..... n° .....…… C.A.P. .....

Località….....…..... Prov....…..... Tel. Abitazione...../.....…….....

- **di essere:**

1	Uomo	
2	Donna	

- **di essere in possesso del seguente titolo di studio:** *(se in possesso di più titoli, indicare il titolo più alto - una sola risposta)*

NESSUN TITOLO	
LICENZA ELEMENTARE/ATTESTATO di VALUTAZIONE FINALE	
LICENZA MEDIA/AVVIAMENTO PROFESSIONALE	
TITOLO di ISTRUZIONE SECONDARIA di II GRADO (SCOLASTICA o FORMAZIONE PROFESSIONALE) CHE NON PERMETTE L'ACCESSO ALL'UNIVERSITÀ (qualifica di istituto professionale, licenza di maestro d'arte, abilitazione all'insegnamento nella scuola materna, attestato di qualifica professionale e diploma professionale di Tecnico (IeFP), Qualifica professionale regionale di I livello (post-obbligo, durata => 2 anni)	
DIPLOMA DI ISTRUZIONE SECONDARIA di II GRADO CHE PERMETTE L'ACCESSO ALL'UNIVERSITÀ	
QUALIFICA PROFESSIONALE REGIONALE POST-DIPLOMA, CERTIFICATO DI SPECIALIZZAZIONE TECNICA SUPERIORE (IFTS)	
DIPLOMA DI TECNICO SUPERIORE (ITS)	
LAUREA DI I LIVELLO (triennale), DIPLOMA UNIVERSITARIO, DIPLOMA ACCADEMICO di I LIVELLO (AFAM)	
LAUREA MAGISTRALE/SPECIALISTICA di II LIVELLO, DIPLOMA DI LAUREA DEL VECCHIO ORDINAMENTO (4-6 anni), DIPLOMA ACCADEMICO di II livello (AFAM o di Conservatorio, Accademia di Belle Arti, Accademia d'arte drammatica o di danza, ISIAE vecchio ordinamento)	
TITOLO DI DOTTORE DI RICERCA	

specificare il titolo di studio: ……

- **di essere nella seguente condizione occupazionale:** *(indicare una sola risposta)*

In cerca di prima occupazione	
Persona in stato di non occupazione diverso da studente (inattivo come ad es. casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in altra condizione)	
Lavoratori autonomi	
Lavoratori a tempo indeterminato (tutti i contratti a tempo indeterminato, comprese tutele crescenti, in somministrazione, intermittente con l'esclusione dell'apprendistato)	
Tirocinanti e work experience o servizio civile	
Percettore di ammortizzatori sociali in costanza di rapporto di lavoro (CIGO, CIGS, Contratti di solidarietà)	
Lavoratori precari (tutti i contratti a termine: a tempo determinato standard, per sostituzione, co.co.co, in somministrazione, intermittente, occasionale, altra forma contrattuale)	
Apprendisti	
Disoccupato alla ricerca di nuova occupazione (o iscritto alle liste di mobilità)	
Studente	

Se disoccupato compilare la SEZIONE A - Se occupato compilare le SEZIONI B e C – Se studente o persona in stato di non occupazione non compilare nessuna delle SEZIONI A, B e C

SEZIONE A

- **di essere in cerca di prima occupazione o disoccupato alla ricerca di nuova occupazione:**

☐ di aver rilasciato la DID (dichiarazione di immediata disponibilità allo svolgimento di un'attività lavorativa e alla partecipazione alle misure di politica attiva di lavoro) sul portale nazionale ANPAL o all'INPS o di essere registrato sul portale regionale Mi Attivo, che ai sensi della DGR 287/2017 corrisponde al rilascio della DID (componente soggettiva)

INDICARE LA DATA DID (registrazione ai portali ANPAL o INPS o Mi Attivo): _____/_____/_____

☐ di essere privo di impiego (componente oggettiva)

☐ di essere in cerca di lavoro da: *(indicare una sola risposta)*

	meno di 6 mesi (≤ 6 mesi)	
	6 a 12 mesi (≤ 12 mesi)	
	12 mesi e oltre (> 12 mesi)	

SEZIONE B

- **di essere occupato:**

☐ di aver rilasciato la DID (dichiarazione di immediata disponibilità allo svolgimento di un'attività lavorativa e alla partecipazione alle misure di politica attiva di lavoro) sul portale nazionale ANPAL o di essere registrato sul portale regionale Mi Attivo, che ai sensi della DGR 287/2017 corrisponde al rilascio della DID
INDICARE LA DATA DID (registrazione ai portali ANPAL o Mi Attivo): _____/_____/_____

oppure

☐ di non aver rilasciato la DID (dichiarazione di immediata disponibilità allo svolgimento di un'attività lavorativa e alla partecipazione alle misure di politica attiva di lavoro) sul portale nazionale ANPAL o di essere registrato sul portale regionale Mi Attivo, che ai sensi della DGR 287/2017 corrisponde al rilascio della DID

SEZIONE C

- **di svolgere attività lavorativa con un reddito annuo:**

☐ superiore al reddito minimo escluso da imposizione*

☐ pari o inferiore al reddito minimo escluso da imposizione*

(Barrare una delle due opzioni di reddito)
* Tale limite è pari per le attività di lavoro subordinato o parasubordinato, ad euro 8.000, e per quelle di lavoro autonomo ad euro 4.800.

- **Dichiara altresì di trovarsi nella seguente condizione:** *(sono possibili più risposte)*

ATTENZIONE: La seguente tabella è da compilare solo nei casi in cui l'attività è finanziata dal F.S.E. o se la propria condizione è un requisito di accesso all'attività

Appartenente a famiglia i cui componenti sono senza lavoro, senza figli a carico	
Detenuto/ex detenuto	
Vittima di violenza, di tratta e grave sfruttamento	
Senza dimora e colpito da esclusione abitativa	
Altro tipo di vulnerabilità	
Nessuna tipologia di vulnerabilità	
Appartenente a famiglia i cui componenti sono senza lavoro e con figli a carico	
Genitore solo, senza lavoro e con figli a carico (senza altri componenti adulti nel nucleo)	
Genitore solo, lavoratore e con figli a carico (senza altri componenti adulti nel nucleo)	
Persona disabile	
Migrante o di origine straniera	
Appartenenti a minoranze (comprese le comunità emarginate come i Rom)	
Persona inquadrabile nei fenomeni di nuova povertà (leggi di settore)	
Tossicodipendente/ex tossicodipendente	
Si rifiuta di fornire informazioni	

- **Dichiara infine:**

☐ di essere a conoscenza che l'assegnazione al corso è subordinata al superamento di apposita selezione e che la relativa graduatoria sarà affissa all'albo dell'organismo informativo/impresa e che la frequenza al corso resta condizionata all'esito di visite mediche di idoneità, svolte nei casi e con le modalità previste dalle leggi vigenti;

☐ di avere letto la scheda informativa di dettaglio relativo al corso e di accertarne integralmente il contenuto;

☐ di essere consapevole che verrà contattato successivamente al termine del corso per conoscere eventuali variazioni rispetto a quanto dichiarato nel presente modulo e, a tale fine, indica quale recapito preferenziale:

☐ li proprio telefono dell'abitazione …….....

☐ il proprio telefono cellulare ……..

☐ la propria e-mail ……

☐ ***Consenso al trattamento dei propri dati personali e sensibili***

Il/la sottoscritto/a_____ autorizza EURO.FORMA al trattamento dei dati personali, inclusi i dati sensibili, definiti all'art.4 lett. d) del decreto legislativo n.196/2003 come "*i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale*", indicati per le finalità di cui al corso in oggetto e dichiara di essere informato, ai sensi dell'art.13 del citato decreto che tali dati saranno raccolti e trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.
Allega infine l'informativa sulla privacy ai sensi dell'articolo 13 del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196.

☐ ***Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili del minore***

Il/la sottoscritto/a_____ nato a_____ (____) il_____ residente a_____ in via_____ n._____, città_____ (_____), in qualità di genitore del /tutore che esercita la potestà sul minore_____ autorizza EURO.FORMA al trattamento dei dati personali, inclusi i dati sensibili, del minore definiti all'art.4 lett. d) del decreto legislativo n.196/2003 come "*i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale*", indicati per le finalità di cui al corso in oggetto e dichiara di essere informato, ai sensi dell'art.13 del citato decreto che tali dati saranno raccolti e trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data ……..……..……

FIRMA LEGGIBILE DEL RICHIEDENTE (o del genitore/tutore *in caso di minori*) ……..……

Allega infine l'informativa sulla privacy ai sensi dell'articolo 13 del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 19 e ss.mm.ii

DICHIARA

Di essere a conoscenza che:

- La durata totale del corso è di **n. 1.000 ore** (*) così articolate:

N.	MODULO DIDATTICO	Aula	Laboratorio	Tirocinio
1° UNITA' DIDATTICA	Modulo competenze di base Orientamento-motivazione al ruolo e conoscenze di base	200 ore		
2° UNITA' DIDATTICA	Modulo competenze professionalizzanti Apprendimento delle conoscenze e competenze professionali	250 ore	100 ore	450 ore
	TOTALE	450 ore	100 ore	450 ore

- **La frequenza è obbligatoria**. Le assenze consentite non possono superare il **10% delle ore complessive**, così ripartite:
- Il superamento delle assenze consentite anche in una singola attività formativa comporta la **dimissione dal corso**.
- Il Costo del corso è di **2.500,00 euro** il cui pagamento sarà così suddiviso:
  - € 500,00 all'avvio dell'attività formativa;
  - € 200,00 ogni mese fino al raggiungimento della somma totale.
- L'intera quota di partecipazione **non è riducibile o rimborsabile in tutto o in parte** a seguito di mancata frequenza (qualsiasi causa), superamento del monte ore assenze consentite, non conseguimento della certificazione di qualifica per mancato superamento delle prove di esame.
- Per eventuali controversie si decide come foro competente il Foro di Genova.

Data _____

Firma leggibile per esteso per presa conoscenza _____