

DOMANDA DI PRE-ISCRIZIONE ALL'INTERVENTO

A cura del Soggetto attuatore

Regione Campania

Anno | 2 | 0 | 1 | |

Titolo dell'intervento OPERATORE SOCIO-SANITARIO CON FORMAZIONE
COMPLEMENTARE IN ASSISTENZA SANITARIA (OSSS)

Sede dell'intervento : SCAFATI – via Cesare Battisti v.lo Borrelli 1

Istituto gestore **ASSOCIAZIONE APEIRON**

A cura dell'interessato

...I... sottoscritto/a

nato/a il | | | | | | | | | |

a..... (.....) Stato.....
(Comune) Prov.

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

fa domanda di partecipazione all'intervento indicato

Al riguardo dichiara:

- di essere: 1. Uomo 2. Donna
- di avere la cittadinanza:

- 1. Italia
- 2. Altri paesi UE
- 3. Paesi europei non UE
- 4. Paesi non UE del Mediterraneo
- 5. Altri paesi africani
- 6. Altri paesi asiatici
- 7. America
- 8. Oceania



Sede Legale
84018 Scafati (SA)
Via Cesare Battisti v.lo Borrelli,1
Tel. 081.8636223 Fax 081.19091459

Sede Operativa
82100 BENEVENTO
Via Lungosabato R.Bacchelli, 8/12
Tel.Fax 0824.319351

e-mail : associazione.apeiron@tin.it

- di risiedere in Via/Piazza.....
n° Località Comune
C.A.P. Prov. Tel. Abitazione/..... Telefono
cellulare...../.....

di avere il domicilio in Via/Piazza
n° Località
Comune
C.A.P. Prov: Tel./.....

di essere iscritto a:

Centro per l'impiego/Ufficio di collocamento dal (indicare mese e anno) |__|_|/|__|_|_|_|_|

1. Indicare il titolo di studio posseduto:

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1. Nessun titolo o licenza elementare | <input type="checkbox"/> |
| 2. Licenza media o superamento del biennio di scuola superiore | <input type="checkbox"/> |
| 3. Diploma di qualifica acquisito attraverso corso scolastico | <input type="checkbox"/> |
| 4. Qualifica professionale acquisita attraverso corso di formazione professionale | <input type="checkbox"/> |
| 5. Qualifica acquisita tramite apprendistato | <input type="checkbox"/> |
| 6. Diploma di maturità e diploma di scuola superiore | <input type="checkbox"/> |
| 7. Qualifica professionale post-diploma | <input type="checkbox"/> |
| 8. Certificato di specializzazione tecnica superiore (IFTS) | <input type="checkbox"/> |
| 9. Diploma universitario, Laurea di base od altri titoli equipollenti (compreso ISEF e Conservatorio) | <input type="checkbox"/> |
| 10. Master post laurea di base | <input type="checkbox"/> |
| 11. Laurea specialistica | <input type="checkbox"/> |
| 12. Diploma post laurea (master, dottorato, specializzazione) | <input type="checkbox"/> |
| 13. Qualifica di OSS | <input type="checkbox"/> |

2 Attualmente vive con:

- | | |
|----------------------------------------------|--------------------------|
| 1. famiglia d'origine con ambedue i genitori | <input type="checkbox"/> |
| 2. famiglia d'origine con un solo genitore | <input type="checkbox"/> |
| 3. coniuge/convivente | <input type="checkbox"/> |
| 4. coniuge/convivente e figli | <input type="checkbox"/> |
| 5. amici | <input type="checkbox"/> |
| 6. da solo | <input type="checkbox"/> |
| 7. altro (specificare _____) | <input type="checkbox"/> |



Sede Legale
84018 Scafati (SA)
Via Cesare Battisti v.lo Borrelli,1
Tel. 081.8636223 Fax 081.19091459

Sede Operativa
82100 BENEVENTO
Via Lungosabato R.Bacchelli, 8/12
Tel.Fax 0824.319351

e-mail : associazione.apeiron@tin.it

3. Come è giunto a conoscenza dell'intervento ?

(indicare una sola risposta)

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1. da manifesti o depliant | <input type="checkbox"/> |
| 2. da internet | <input type="checkbox"/> |
| 3. dalla stampa quotidiana o spot radio televisivi | <input type="checkbox"/> |
| 4. da centri Informagiovani e disoccupati | <input type="checkbox"/> |
| 5. dal Centro per l'impiego pubblico | <input type="checkbox"/> |
| 6. dal Centro per l'impiego privato | <input type="checkbox"/> |
| 7. da informazioni acquisite presso la struttura che ha organizzato l'intervento | <input type="checkbox"/> |
| 8. dagli uffici dell'Assessorato formazione e lavoro (Regione o Provincia) | <input type="checkbox"/> |
| 9. dall'Agenzia del lavoro regionale | <input type="checkbox"/> |
| 10. dagli insegnanti della scuola | <input type="checkbox"/> |
| 11. da amici, parenti o conoscenti | <input type="checkbox"/> |
| 12. dall'azienda presso cui lavoro | <input type="checkbox"/> |
| 13. altro (specificare)..... | <input type="checkbox"/> |

4. Qual è la Sua attuale condizione professionale ?

(indicare una sola risposta, successivamente compilare la dichiarazione riportata all'ultima pagina)

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1. in cerca di la occupazione in uscita dalla scuola/università
(chi non ha mai lavorato, non studia e cerca lavoro)
(compilare la sezione "A") | <input type="checkbox"/> |
| 2. occupato
(compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica e chi è in CIG)
(compilare la sezione "B") | <input type="checkbox"/> |
| 3. disoccupato o iscritto alle liste di mobilità
(chi ha perso o lasciato il lavoro anche se saltuario/atipico,
donne che hanno l'intento di rientrare nel mercato del lavoro)
(compilare la sezione "C") | <input type="checkbox"/> |
| 4. studente
(chi frequenta un corso regolare di studio scolastico/universitario)
(compilare la sezione "D") | <input type="checkbox"/> |
| 5. inattivo
(chi non ha e non cerca lavoro)
(compilare la sezione "E") | <input type="checkbox"/> |



Sede Legale
84018 Scafati (SA)
Via Cesare Battisti v.lo Borrelli,1
Tel. 081.8636223 Fax 081.19091459

Sede Operativa
82100 BENEVENTO
Via Lungosabato R.Bacchelli, 8/12
Tel.Fax 0824.319351

...I... sottoscritt.... dichiara di essere a conoscenza che l'accettazione della presente domanda è subordinata all'effettuazione del corso.

Nel caso in cui per qualsivoglia motivo il corso non dovesse partire, la presente preiscrizione dovrà essere considerata nulla senza nulla a pretendere fra le parti.

Quando l'Associazione Apeiron comunicherà la data di inizio delle attività corsuali, tale preiscrizione si completerà con il pagamento di una quota anticipata di euro 60,00 che determinerà il diritto alla partecipazione al corso.

Il saldo dell'attività dovrà essere corrisposto al più tardi entro il termine dell'attività corsuale, prima dell'effettuazione degli esami finali: le modalità di pagamento potranno essere personalizzate per venire incontro alle esigenze dei partecipanti.

L'allontanamento dal corso per sopraggiunto limite di assenze o il mancato pagamento del saldo determinerà la non ammissione all'esame di qualifica e la perdita degli anticipi corrisposti.

FIRMA DEL RICHIEDENTE

.....

Autorizzazione al trattamento dei dati personali ai sensi della L. 675/96

FIRMA

.....

Firma per accettazione dell'Associazione Apeiron

FIRMA

.....



Sede Legale
84018 Scafati (SA)
Via Cesare Battisti v.lo Borrelli,1
Tel. 081.8636223 Fax 081.19091459

Sede Operativa
82100 BENEVENTO
Via Lungosabato R.Bacchelli, 8/12
Tel.Fax 0824.319351

e-mail : associazione.apeiron@tin.it