



**MODULO DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLE SELEZIONI
CORSO "OPERATORE SOCIO-SANITARIO"
Progetto 6207-1-811-2022 Corso 6207/003/1028/DEC/22 – sede VERONA**

ISTRUZIONI PRESENTAZIONE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLE PROVE DI SELEZIONE

La presentazione della domanda di partecipazione alle selezioni compilata in ogni parte e completa degli allegati indicati al punto (6) può essere fatta come segue:

Invio della documentazione all'indirizzo mail formazione.ooss@staff.it

N.B la domanda si intende correttamente presentata solo a seguito di e-mail di conferma dalla segreteria corsi)

N.B la domanda originale dovrà essere esibita e consegnata al giorno delle prove di selezione

Oppure invio raccomandata A/R indirizzata a:

STAFF SPA
Via Luigi Pasteur, 11
37135 Verona VR

N.B. la raccomandata dovrà pervenire entro i termini indicati dall'Avviso di Selezione

Per informazioni e chiarimenti

Staff Spa
Tel. 045 4979140
Mail formazione.ooss@staff.it



MODULO DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLE SELEZIONI
CORSO "OPERATORE SOCIO-SANITARIO"
Progetto 6207-1-811-2022 Corso 6207/002/1028/DEC/22 – sede Albaredo d'Adige (VR)

Spett.le
STAFF SPA
c/o sede operativa di Verona
Via Luigi Pasteur, 11
37135 Verona VR

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)
Nato/a il ____/____/____ a _____ (comune) (provincia o stato estero)
(giorno) (mese) (anno)
Codice Fiscale _____
Residente a _____ Cap _____ Prov _____
(comune)
Via _____ n _____
Domiciliato/a in _____
(compilare solo se diverso da residenza)
E-Mail _____ @ _____ Telefono _____

Con la presente inoltra formale richiesta di partecipazione alla selezione indetta per il corso "Operatore Socio Sanitario", realizzato ai sensi della L.R. 20/2001, DGR 811 del 05/07/2022, Progetto 6207-1-811-2022, approvato con DDR 1028 del 26/08/2022 – Corso 6207/003/1028/DEC/22 Sede VERONA (VR)

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli articoli 38 e 46 del DPR 445/00, consapevole della responsabilità penale in caso di informazioni false o reticenti:

- 1) Dichiaro di avere cittadinanza _____
- 2) Dichiaro di avere assolto al diritto dovere all'istruzione e formazione e di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
- 3) Dichiaro di non aver riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

Ovvero _____
(compilare solo in caso di condanne penali o procedimenti penali)

Data _____ Firma _____



- 4) Dichiaro di **aver preso visione dell'AVVISO** e relativi allegati riguardanti la partecipazione al corso, pubblicati sul sito dell'Organismo di Formazione www.staff.it; con particolare riferimento a
- ☐ **Allegato B DGR 811 del 05/07/2022 (Direttiva)**
 - ☐ **Allegato C DGR 811 del 05/07/2022 (Programma Didattico)**
- 5) Dichiaro di prendere atto che:
- ☐ **L'ammissione al corso è subordinata al superamento della prova di selezione che si svolgerà il giorno 27/06/2025** e nei giorni successivi (sede e orari verranno successivamente inviati agli iscritti)
 - ☐ Ogni comunicazione di carattere generale inerente la selezione e l'avvio del corso avverrà esclusivamente a mezzo del sito www.staff.it e con l'affissione di comunicati presso la sede dell'Organismo
 - ☐ **Il costo a carico di ogni singolo partecipante è di 1800 €** (milleottocento euro) da pagarsi in un'unica soluzione all'atto di iscrizione *oppure* in forma rateizzata secondo le seguenti scadenze:
 - ☐ 300 € al momento di formalizzazione di iscrizione al corso
 - ☐ 400 € entro il 15/07/2025
 - ☐ 400 € entro il 15/09/2025
 - ☐ 700 € entro il 15/10/2025
 - ☐ **I candidati risultati idonei e ammessi dovranno formalizzare l'iscrizione al corso entro la scadenza comunicata con la pubblicazione della graduatoria di ammissione, secondo termini e modalità indicati nelle graduatorie finali di selezione e versando contestualmente la prima rata, a pena di decadenza del diritto di partecipazione al corso**
 - ☐ Ogni documentazione comprovante il possesso di requisiti di ammissione (a titolo esemplificativo e non esaustivo: copia del titolo di studio, copia del permesso di soggiorno ecc..) dovrà essere esibita in originale all'ente entro il termine ultimo fissato per il perfezionamento dell'iscrizione
 - ☐ **L'organismo di formazione si riserva il diritto di rinviare l'avvio del corso qualora il numero di iscritti sia inferiore all'80% di quanti previsti dal progetto (30 posti)**
- 6) Dichiaro di aver preso visione dell'**Informativa sulla Privacy** e acconsento espressamente al trattamento dei propri dati per le attività di promozione, selezione e partecipazione attinenti al corso per Operatore Socio Sanitario
- 7) **Allega alla presente domanda:**
- ☐ **COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' FRONTE E RETRO**
 - ☐ **COPIA DEL CODICE FISCALE**
 - ☐ **COPIA DEL PERMESSO DI SOGGIORNO (PER STRANIERI)**
 - ☐ **COPIA DEL TITOLO DI STUDIO (DICHIARAZIONE DI VALORE O ATTESTATO DI COMPARABILITA' CIMEA per titoli conseguiti all'estero)**
 - ☐ **CERTIFICAZIONE LINGUISTICA B1 (solo ove previsto)**
 - ☐ **EVENTUALE ALTRA DOCUMENTAZIONE (specificare)_____**

Data _____

Firma _____