



**MODULO DOMANDA DI PREISCRIZIONE PER PARTECIPAZIONE ALLE SELEZIONI
CORSO “OPERATORE SOCIO-SANITARIO”**

Progetto 6207-1-883-2025 Corso 6207/001/1209/DEC/25 – sede ALBAREDO D'ADIGE

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 6207-1-883-2025 Corso 6207/001/1209/DEC/25 – sede ALBAREDO D'ADIGE

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) (_____
(giorno) (mese) (anno) _____ (provincia o stato estero) _____)

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 883 del 29/07/2025,
Progetto 6207-1-883-2025, approvato con DDR 1209 DEL 15/10/2025 – Progetto 6207-1-883-2025
Corso 6207/001/1209/DEC/25 – sede ALBAREDO D'ADIGE**

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) Dichiara di avere cittadinanza _____
- 2) Dichiara di avere assolto al diritto dovere all'istruzione e formazione e di essere in possesso del
seguente titolo di studio _____
- 3) Dichiara 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) Dichiara 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 883 del 29/07/2025 (Direttiva)**
 - Allegato C DGR 883 del 29/07/2025 (Programma Didattico)**
- 5) Dichiara di prendere atto che:
- L'ammissione al corso è subordinata al superamento della prova di selezione che si svolgerà in data che verrà comunicata in seguito**
 - 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.**
 - 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 decaduta 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) Dichiara di aver preso visione dell'**Informativa sulla Privacy** e acconsente 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 _____