



Regione Calabria

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

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 € **2.300,00** (duemilatrecento/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
