



REGIONE DEL VENETO

INTERVENTO FORMATIVO REALIZZATO NELL'AMBITO DI
L.R n. 20 del 16/08/2001 - DGR n. 811 del 05/07/2022
DDR 1028 del 26/08/22 - Progetto 6207-001-811-2022

staff.
PER IL LAVORO

Organismo
di Formazione
accreditato
dalla Regione
del Veneto



Modulo DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLE SELEZIONI
CORSO "OPERATORE SOCIO SANITARIO" Progetto 6207-001-811-2022 - sede Schio (VI)

ISTRUZIONI PRESENTAZIONE

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:

con invio Raccomanda A/R indirizzata a:

Staff SpA
Via G. Marconi, 1
36075 Montecchio Maggiore VI

NB: la raccomandata dovrà pervenire entro i termini indicati nell'Avviso di selezione

oppure con consegna a mano ad uno dei seguenti indirizzi:

Staff SpA
Segreteria corso OSS
c/o Cooperativa Mano Amica
Via Milano 18
36015 Schio VI
(Tel 0445.524933)

Staff SpA
Politiche Attive del Lavoro
Via G. Marconi, 1
36075 Montecchio Maggiore VI
(Tel. 0444 139 0121)

oppure con invio della documentazione all'indirizzo e-mail:

info@corsiooss.veneto.it

(la domanda si intende correttamente presentata solo a seguito di email di conferma dalla Segreteria Corsi)

Per informazioni e chiarimenti:

Cooperativa
Mano Amica
Tel. 0445.524933

Staff SpA
Politiche Attive del Lavoro
Tel. 393 8838256

E-mail: info@corsiooss.veneto.it



**Modulo DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLE SELEZIONI
CORSO "OPERATORE SOCIO SANITARIO" Progetto 6207-001-811-2022 - sede Schio (VI)**

Spett.le
STAFF S.P.A.
c/o Sede Operativa di Montecchio M.
Via G. Marconi, 1
36075 Montecchio Maggiore (VI)

Il/la sottoscritto/a _____ / _____
(cognome) (nome)

nato/a il ____ / ____ / ____ a _____ (_____)
(giorno) (mese) (anno) (comune) (provincia o Stato estero)

Codice Fiscale _____

residente a _____ CAP _____ Prov _____
(comune) (cap) (provincia)

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; Prog. 6207-001-811-2022 approvato con DDR 1028 del 26/08/2022 – sede Schio (VI).

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

- 1) dichiara di avere cittadinanza: _____
- 2) dichiara di aver assolto al diritto dovere all'istruzione e alla 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) Dichiaro di aver preso visione dell'AVVISO e relativi allegati riguardanti la partecipazione al Corso, pubblicati sul sito dell'Organismo di Formazione www.staff.it¹, con particolare riferimento a:
- Allegato B DGR 811/2022 (Direttiva)
 - Programma didattico del corso

e di prendere atto che:

- l'ammissione al corso è subordinata al superamento della prova di selezione, che si svolgerà il giorno 12 APRILE 2024 e nei giorni successivi; sede e orari verranno successivamente comunicati via e-mail 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'Ente
- il costo a carico del singolo partecipante ammesso al corso è di € 1.800,00 (euro milleottocento/00) da pagarsi in 2 rate: € 1.000,00 al momento della formalizzazione dell'iscrizione al corso; € 800,00 entro il 30/04/2024. I pagamenti dovranno avvenire esclusivamente a mezzo bonifico intestato a Staff SpA
- le graduatorie della selezione saranno esposte a conclusione delle attività di selezione con pubblicazione sul sito www.staff.it e affissione presso la sede dell'Ente
- i candidati risultati idonei e ammessi dovranno formalizzare l'iscrizione entro la scadenza comunicata con la pubblicazione della graduatoria di ammissione, secondo i termini e le modalità indicati nelle graduatorie finali di selezione, versando contestualmente la prima rata, a pena di decadenza del diritto di partecipazione al corso
- ogni documentazione comprovante il possesso dei requisiti di ammissione (a titolo esemplificativo e non esaustivo: copia del titolo di studio con eventuale dichiarazione di valore; copia del permesso di soggiorno e/o attestazione della conoscenza della lingua italiana per i candidati stranieri, ove previsto) 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 al 80% di quanti previsti dal progetto.

- 5) Dichiaro di aver preso visione della 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.

6) **Allega alla presente domanda:**

- copia di un proprio documento di identità (fronte/retro)
- copia codice fiscale (se non presente sul documento di identità)
- copia titolo di studio
- eventuale altra documentazione² (specificare)

Data _____

Firma _____

¹ Sezione POLITICHE ATTIVE – VENETO <https://www.staff.it/politicheattivedellavoro/corsiossveneto-2/>

² Esempi: In caso di titolo di studio non conseguito in Italia attestazione di comparabilità CIMEA o Dichiarazione di Valore / Permesso di soggiorno, quando previsto / Attestazione conoscenza della lingua italiana ove previsto.