

MODULO DI ISCRIZIONE OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____ (____) e residente a _____

In via/piazza _____ N° _____ CAP _____

Codice Fiscale _____

E-mail _____ Cellulare _____

Maschio Femmina

**CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO/A AL CORSO:
O.S.S. OPERATORE SOCIO-SANITARIO, della durata di 1000 ore – Sede: Porto Torres (SS)**

Ai sensi dell'art.21 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. del 28/12/2000 N.445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/2000 N. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità.

DICHIARA QUANTO SEGUE:

- di aver compiuto 18 anni
- essere in possesso del seguente titolo di studio _____

Allega:

- copia documento di identità
- tessera sanitaria

Data _____ Firma del Richiedente _____

Informativa ex art. 13 GDPR - Privacy l'Associazione tratterà i dati personali nel rispetto del Regolamento UE 2016/679, esclusivamente per lo svolgimento dell'attività istituzionale, per la gestione del rapporto e per la realizzazione del corso. I dati non saranno comunicati a terzi né saranno diffusi. L'indicazione del nome, data di nascita, indirizzo, telefono e-mail è necessaria per la gestione del rapporto e per l'adempimento degli obblighi di legge. Sono garantiti tutti i diritti specificati all'art. 15 GDPR, tra cui il diritto all'accesso, rettifica, cancellazione, limitazione e opposizione al trattamento dei dati, di revocare il consenso (ove prestato) al trattamento (senza pregiudizio per la liceità del trattamento basata sul consenso acquisito prima della revoca), di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei dati personali. L'esercizio dei diritti può essere esercitato mediante comunicazione scritta da inviare a commerciale@sosor.eu o mediante lettera raccomandata a/r presso la sede. Titolare del trattamento è S.O.S.R. con sede a Cagliari in Viale A. Diaz, 29 PEC sosor@cg.legalmail.it Il titolare L'interessato (per presa visione) Dichiaro di aver letto e approvato le condizioni e di sottoscrivere il GDPR

- Privacy

Firma _____

Cagliari

Viale Armando Diaz, 29
09125 Cagliari (CA) - Tel. 070 27 96 700
P. IVA 02255470920 - Cod. Fisc. 92006950924

Firenze

Viale Belfiore, 41
50144 Firenze (FI) - Tel. 055 93 63 999
Email: info@sosor.eu - PEC: sosor@cg.legalmail.it

Bari

Via Cacudi, 40
70132 Bari (BA) - Tel. 320 06 14 981
Email: puglia@sosor.eu

CLAUSOLE CONTRATTUALI

È oggetto del presente contratto la fornitura di attività di formazione professionale a pagamento, per il rilascio della Qualifica Professionale di Operatore Socio-Sanitario da parte dell'Agenzia Formativa S.O.So.R. secondo le condizioni previste dalla vigente normativa in materia. La richiesta di iscrizione, compilata in ogni sua parte e sottoscritta, deve pervenire attraverso l'indirizzo e-mail iscrizioni@sosor.eu. L'iscrizione si intende perfezionata al momento del ricevimento da parte di S.O.So.R. della presente scheda debitamente compilata e sottoscritta per accettazione e della quota di iscrizione.

1. ATTIVAZIONE DEL CORSO: Il corso sarà attivato esclusivamente al raggiungimento del numero di 25 partecipanti. S.O.So.R. contatterà i partecipanti tramite e-mail e telefono, ai recapiti indicati nel presente modulo.

2. COSTO DEL CORSO E PAGAMENTI:

Il costo complessivo del corso ammonta a euro 3.100,00 (TRE MILACENTO/00).

Il pagamento può essere fatto per intero al completamento del gruppo classe di 25 allievi oppure rateizzato con le seguenti modalità:

1. acconto di 1.000,00 € (MILLE/00) all'atto dell'iscrizione;
2. corrispettivo intermedio di 1.000,00 € (MILLE/00) al raggiungimento delle 500 h di lezione teorica;
3. saldo finale di 1.100,00 € (MILLECENTO/00) entro l'ultimo giorno di lezione programmato.

I pagamenti dovranno essere effettuati esclusivamente tramite Bonifico Bancario a favore di S.O.So.R.

Le coordinate bancarie per effettuare il pagamento sono

Iban: IT92X0103004800000003549489 - Banca Monte dei Paschi di Siena

Causale: "Iscrizione corso OSS SORSO – nome+cognome+codicefiscale"

3. RECESSO:

È possibile rinunciare all'iscrizione entro 15 giorni lavorativi dalla data di iscrizione, comunicando il recesso all'indirizzo iscrizioni@sosor.eu. In tal caso verranno restituite le somme già versate.

Successivamente alla data di possibilità di esercizio del recesso, come sopra disciplinata, il corso è da considerarsi comunque acquistato per intero e pertanto, anche in caso di mancata partecipazione e/o rinuncia, è dovuto a S.O.So.R. l'intero pagamento secondo le modalità concordate.

4. MANCATA PARTECIPAZIONE AL CORSO E/O IMPOSSIBILITÀ A PARTECIPARE: La mancata partecipazione al corso, per il quale sia stata effettuata regolare iscrizione e/o in caso di mancata e non giustificata presentazione del partecipante è dovuto il pagamento dell'intero importo del corso fermo restando il diritto del partecipante a ricevere il materiale didattico distribuito durante il corso.

S.O.So.R. emetterà fattura per l'intero importo e tratterà la quota già versata. I pagamenti seguiranno le modalità già concordate.

5. RITIRO: In caso di ritiro del partecipante a corso già iniziato, è dovuto il pagamento dell'intero importo del corso fermo restando il diritto del partecipante a ricevere il materiale didattico distribuito durante il corso.

S.O.So.R. emetterà fattura per l'intero importo e tratterà la quota già versata. I pagamenti seguiranno le modalità già concordate.

6. CAMBIAMENTI DI PROGRAMMA: Per esigenze di natura organizzativa e didattica, S.O.So.R. si riserva la facoltà di rinviare il corso programmato, la sede, di modificare il programma e/o sostituire i docenti indicati con altri di pari Livello professionale. Ogni variazione sarà segnalata ai partecipanti.

7. MATERIALI E ATTREZZATURE: I partecipanti saranno dotati dei materiali e delle attrezzature necessari per lo svolgimento dell'attività formativa e saranno tenuti ad utilizzarli con la massima cura e diligenza. I partecipanti al corso sono personalmente responsabili per i danni eventualmente arrecati alla struttura, alle aule, ai supporti didattici, alle attrezzature e a quant'altro presente nelle aule didattiche.

8. CONDIZIONI RILASCIO QUALIFICA PROFESSIONALE. L'esame per il conseguimento della Qualifica Professionale sarà organizzato in relazione a quanto stabilito dal Sistema Regionale. Saranno ammessi a sostenere l'esame gli allievi che avranno rispettato la percentuale di assenza consentita (pari al 10% delle ore). Sarà, inoltre, necessario aver superato le prove intermedie di valutazione degli apprendimenti ed aver pienamente regolarizzato la propria posizione amministrativa.

9. RESPONSABILITÀ DEI PARTECIPANTI: I partecipanti al corso sono personalmente responsabili per i danni eventualmente arrecati alla struttura, alle aule, ai supporti didattici, alle attrezzature e a quant'altro presente nei locali di S.O.So.R. I partecipanti sono inoltre tenuti a rispettare la normativa interna (firma registri, uso di eventuali dotazioni informatiche, ecc.).

Luogo e Data

Firma

CONTROVERSIE. Per ogni controversia che dovesse insorgere, si ricorrerà alla Procedura di Mediazione dell'Organismo preposto prima di iniziare qualsiasi procedimento giudiziale. Il foro di competenza è quello di Cagliari.

Luogo e Data

Firma

Cagliari

Viale Armando Diaz, 29
09125 Cagliari (CA) - Tel. 070 27 96 700
P. IVA 02255470920 - Cod. Fisc. 92006950924

Firenze

Viale Belfiore, 41
50144 Firenze (FI) - Tel. 055 93 63 999
Email: info@sosor.eu - PEC: sosor@cgcn.legalmail.it

Bari

Via Cacudi, 40
70132 Bari (BA) - Tel. 320 06 14 981
Email: puglia@sosor.eu