



CENTRO DI PSICOLOGIA CLINICA

Organismo di formazione e orientamento riconosciuto dalla Regione Abruzzo con
DPG 008/74 del 28/09/2016 e DPG 008/184 del 27/12/2019
Via Paolini, 102 Pescara 65124 Tel./Fax 085-4211986
e-mail cpc.pescara@gmail.com <http://www.formazioneorientamento.it>

Modulo per iscrizione

CORSO DI OPERATORE SOCIO SANITARIO

O.S.S.

Al Direttore dell'Ente di Formazione Professionale, autorizzato dalla regione Abruzzo con
Determinazione Dirigenziale DPG 008/74 del 28/09/2016 e successiva integrazione con inserimento
ambito orientamento DPG 008/184 del 27/12/2019, Dr Carlo Di Berardino

Corso di Operatore Socio Sanitario – OSS ed. 1

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____

tel. _____ indirizzo email _____

in possesso del titolo di studio in _____

conseguito presso _____ con votazione _____

CHIEDE:

Di iscriversi al corso di **Operatore Socio Sanitario – OSS ed. 1**

Allega alla presente:

- Curriculum vitae;
- Copia del bonifico della quota d' iscrizione di € 400,00;



CENTRO DI PSICOLOGIA CLINICA

Organismo di formazione e orientamento riconosciuto dalla Regione Abruzzo con

DPG 008/74 del 28/09/2016 e DPG 008/184 del 27/12/2019

Via Paolini, 102 Pescara 65124 Tel./Fax 085-4211986

e-mail cpc.pescara@gmail.com <http://www.formazioneorientamento.it>

IN PARTICOLARE ACCETTA LE SEGUENTI CONDIZIONI:

- La quota del corso è di € 1.400,00
- Di provvedere al pagamento della prima rata di € 400,00 al momento dell'iscrizione;
- Di versare la restante somma in n° 4 rate complessive da € 250,00 con cadenza mensile a partire dal mese successivo all'avvio del corso e comunque non oltre il termine di chiusura del corso.
- In caso di rinuncia durante lo svolgimento del corso, le rate già versate non verranno restituite. In caso di iscrizioni effettuate, qualora non si raggiungesse il numero minimo di 15 iscritti per classe, l'utente può decidere se attendere lo start di una successiva edizione o richiedere la quota di iscrizione versata;
- Condizioni di ammissione all'esame finale: frequenza di almeno il 90% delle ore complessive del percorso formativo.

I pagamenti possono essere effettuati tramite bonifico bancario su :

IBAN: IT05 J054 2415 4100 0000 0277 516

della banca popolare di Bari, Agenzia di Pescara, Corso Vittorio Emanuele.

In Fede, _____

Luogo, Data



CENTRO DI PSICOLOGIA CLINICA

Organismo di formazione e orientamento riconosciuto dalla Regione Abruzzo con
DPG 008/74 del 28/09/2016 e DPG 008/184 del 27/12/2019
Via Paolini,102 Pescara 65124 Tel./Fax 085-4211986
e-mail cpc.pescara@gmail.com <http://www.formazioneorientamento.it>

MANIFESTAZIONE DI CONSENSO INFORMATO AI SENSI DELL'ART. 23 DGL 196 DEL 30 GIUGNO 2003 e DEL GDPR 2016/679

Il sottoscritto _____ autorizza, ai sensi della legge n°196/2003 e successive integrazioni e in base al GDPR 2016/679, il CPC ad utilizzare i dati qui forniti, nel rispetto

delle norme di sicurezza e di segretezza professionale, per le seguenti finalità: trattamento ai fini di elaborazione ed analisi, comunicazioni agli Enti pubblici o privati per rispettare gli obblighi di legge; invio di materiale e comunicazioni riguardo azioni formative.

Il consenso qui espresso ha validità fino a contraria comunicazione scritta e firmata del sottoscritto.

Data

Firma