

CORSO OPERATORE SOCIO SANITARIO 2025-26

[Rif. PA 2025-25158/RER Autorizzato dalla Regione Emilia Romagna - DD. n. 19662 del 14/10/2025]

Riservato a Istituto MEME s.r.l.
Domanda pervenuta

il ... / ... / N

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Il/La sottoscritto/a Nome: Cognome:

Data nascita: .../.../..... Comune Nascita: Prov.:

Codice Fiscale: sesso: M F – Nazionalità:

Cittadinanza:

Residente in Via: N° CAP: Città: Prov.:

N° Telefonico: Cell.:

E-mail:

se il domicilio attuale è diverso dalla residenza

Via: N° CAP: Città: Prov.:

N° Telefonico:

Nelle sezioni successive barrare il numero o il tipo dell'opzione scelta

- **In possesso della patente di guida:** SI tipo NO

- **Automunito:** SI NO

- **Altro mezzo a disposizione:**

Titolo di Studio

- 1. Nessun titolo.
- 2. Licenza elementare.
- 3. Licenza media.
- 4. Diploma di scuola superiore di 2-3 anni che non consente l'iscrizione all'università.
- 5. Diploma di scuola superiore di 4-5 anni che consente l'iscrizione all'università.
- 6. Accademia di Belle Arti, Istituto Superiore Industrie Artistiche, Accademia di Arte Drammatica, ...
- 7. Diploma universitario o di scuola diretta fini speciali (vecchio ordinamento).
- 8. Laurea triennale (nuovo ordinamento).
- 9. Master post laurea triennale (o master di I livello).
- 10. Laurea di durata superiore ai tre anni (diploma di laurea vecchio ordinamento ovvero laurea specialistica nuovo ordinamento).

- 11. Master post laurea specialistica o post laurea vecchio ordinamento (o master di secondo livello).
- 12. Specializzazione post laurea (specialistica).
- 13. Dottorato di ricerca.
- 14. Qualifica professionale di primo livello, eventualmente conseguita anche tramite apprendistato.
- 15. Qualifica professionale di secondo livello, eventualmente conseguita anche tramite apprendistato.
- 16. Certificato di Tecnico Superiore (IFTS).
- 17. Diploma di specializzazione.
- 18. Abilitazione professionale.
- 19. Patente di mestiere.
- 20. Altro (specificare)

.....
.....

Tipo di scuola abbandonata

- 0. Non previsto.
- 1. Scuola media inferiore o di base.
- 2. Biennio scuola secondaria riformata.
- 3. Triennio scuola secondaria riformata.
- 4. Istituto professionale.

- 5. Istituto tecnico.
- 6. Istituto magistrale.
- 7. Istituto d'arte.
- 8. Liceo.
- 9. Università.

Ultimo anno completato (specificare):

Livello di scolarità raggiunto:

Condizione Occupazionale

1. In cerca di prima occupazione/inoccupato.
2. Occupato alle dipendenze (compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica).
3. Occupato autonomo.
4. Disoccupato alla ricerca di nuova occupazione (o iscritto alle liste di mobilità da quanti mesi).
5. Studente.
6. Inattivo diverso da studente (casalinga/o, *ritirato/a al lavoro*, inabile al lavoro, in servizio di leva o servizio civile, in altra condizione).
7. Altro (specificare):

Se occupato precisare se:

- A tempo determinato
- A tempo indeterminato

CHIEDE

di partecipare al corso per Operatore Socio Sanitario promosso da Istituto MEME s.r.l., con:

- a) **Quota di partecipazione di Euro 3.000,00** da versare in 10 rate da Euro 300,00 mensili o 6 rate da 500 euro bimensili (la prima all'atto di iscrizione a seguito dell'ammissione al corso).
- b) **Quota di partecipazione di Euro 2.700,00** - Con sconto del 10%.
(da versare in un'unica soluzione all'atto di iscrizione a seguito dell'ammissione al corso).

La quota **COMPRENDE**:

- Frequenza del corso.
- Assicurazione INAIL.
- Materiale didattico in formato elettronico, scaricabile dalla piattaforma E-learning - MEME, o fruibile direttamente in aula.
- Svolgimento dei periodi di stage sociale e sanitario presso le strutture convenzionate.
- Prove di esame e rilascio di attestato di qualifica professionale in caso di frequenza minima (90%), ammissione alle prove d'esame e superamento delle stesse.

La quota **NON COMPRENDE**:

- Esami e visite mediche per l'idoneità stage.
- Materiale ad uso individuale per la realizzazione dello stage (divisa e calzature regolamentari).

Estremi bancari per versamento quote partecipazione al corso:

Istituto MEME s.r.l.

UniCredit Banca - Ag. Modena Piazza Grande - IBAN →IT83Q0200812930000040370846

Causale Versamento: Corso Operatore Socio Sanitario OSS 2024-25 - Rata n° ... Cognome Nome

Dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D. Lgs.30.06.2003 n. 196, che i dati personali raccolti a pag. 1 e 2 del presente documento saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allego alla domanda di partecipazione (barrare in corrispondenza di ciò che si allega):

- Fotocopia fronte retro di documento di identità in corso di validità (carta di identità/patente/passaporto).
- Fotocopia del titolo di studio.
- I cittadini stranieri UE dovranno inoltre produrre:** copia conforme del titolo di studio con la traduzione giurata in lingua italiana.
- I cittadini stranieri Extra UE dovranno produrre:** copia conforme del titolo di studio con la traduzione giurata in lingua italiana e Permesso di soggiorno valido secondo le normative vigenti ovvero richiesta di rinnovo.
- Documentazione idonea in caso di richiesta di riconoscimento di crediti formativi.
- Due fotografie formato tessera.
- Fotocopia del Codice Fiscale.

..... / .. / .. / ..
(luogo, data)

Il Dichiarante / candidato

Il candidato dichiara di essere a conoscenza e di accettare che la sottoscrizione della presente scheda di iscrizione determina l'irrevocabilità della domanda di partecipazione al corso e l'obbligo di pagamento da parte del candidato dell'intera quota di partecipazione.

..... / .. / .. / ..
(luogo, data)

Il Dichiarante / candidato

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ E DI CERTIFICAZIONI
(Art. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a Cognome: Nome:
Nato/a il: ... / ... / Comune Nascita: Prov.:

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

Dichiara (barrare l'apposita casella)

- Di avere conseguito il diploma di licenza media inferiore
presso: in data: ... / ... /
- Di non avere conseguito il diploma di licenza media inferiore

Se cittadino straniero dichiara

- Di possedere un permesso di soggiorno in regola con la normativa vigente se cittadino extra UE.
Allega copia della seguente documentazione:
.....
- Di possedere un'attestazione di regolarità del soggiorno se cittadino UE.
Allega copia della seguente documentazione:
.....

..... / ... /
(luogo, data)

Il Dichiarante / candidato

.....

Solo per chi richiede l'ammissione con credito

- Copia del titolo conseguito e/o copia dei certificati di servizio e/o dichiarazioni dei datori di lavoro.

Richiesta Crediti Formativi

(Compilare la seguente sezione solo in caso di richiesta di riconoscimento di crediti di frequenza, la cui concessione è subordinata alla valutazione, anche ed eventualmente attraverso specifiche prove, di titoli ed esperienze professionali certificate).

Il/La sottoscritto/a Cognome: Nome:

chiedo il riconoscimento dei crediti per:

- Il/i i titolo/i conseguito/i di cui allego fotocopia del certificato:

.....

- Le esperienze professionali di cui allego attestazione del datore di lavoro (indicare solo in caso di esperienze significative e strettamente attinenti al profilo professionale dell'OSS):

.....

.....

.....

.....

Per ciò che concerne il trattamento dei dati personali ci si atterrà alle disposizioni previste dal Decreto Legislativo 30 Giugno 2003, n. 196.

Dichiarazione rilasciata ai sensi dell'Art. 2 della Legge 4 Gennaio 1968 come modificato dall'Art. 3 comma 10 Legge 15 Maggio 1997 n. 127.

Firma del Dichiarante / Candidato

.....