

**CORSO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE PER
“OPERATORE SOCIO SANITARIO” (OSS).
RICHIESTA AMMISSIONE AL FINANZIAMENTO PER L’ABBATTIMENTO
DEL COSTO DELL’ISCRIZIONE**

_ l_ sottoscritt_ _____ nat_ a _____ il
_____ residente a _____, Via/ Piazza
_____ n° _____
CAP _____ Codice Fiscale _____
telefono _____ cellulare _____
mail _____

CHIEDE

Di essere ammesso al finanziamento per l’abbattimento dei costi di iscrizione ai corsi per Operatore Socio Sanitario (OSS) riconosciuti dalla Regione Autonoma della Sardegna e realizzati da enti di formazione autorizzati dalla Regione Autonoma della Sardegna di cui alla Del. Di G.C. n° 50 del 02.09.2022.

A tal fine dichiara:

- ✓ Di essere residente a Sant'Andrea Frius dal _____;
- ✓ Di essere cittadino:
 - Italiano;
 - Dell’Unione Europea (specificare) _____
 - Extracomunitario in possesso di permesso/carta di soggiorno (specificare la Nazione di cittadinanza) _____;
- ✓ Di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____;
- ✓ Di avere l’idoneità psicofisica per la partecipazione alle attività previste dai corsi (esercitazioni e tirocini);
- ✓ Che il proprio nucleo familiare è in regola con i pagamenti verso il Comune di Sant'Andrea Frius (IMU, TARI, etc);
- ✓ Che l’ISEE 2022 ordinario del proprio nucleo familiare ammonta a € _____
- ✓ Di aver preso visione dell’avviso per l’erogazione del presente finanziamento e di averlo compreso in tutte le sue parti

Si allega alla presente:

- Copia del proprio documento di identità in corso di validità
- Certificazione ISEE in corso di validità
- Copia del permesso/carta di soggiorno (per i cittadini extracomunitari)

Sant'Andrea Frius, lì, _____

Firma
