



DOMANDA DI ISCRIZIONE AL REGISTRO REGIONALE DEGLI OPERATORI SOCIO SANITARI E AUTOCERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto/a: _____

nato/a: _____ Prov.: _____ il: _____

codice fiscale: _____

residente a: _____ Prov.: _____

in Via/Piazza: _____ n° _____ CAP: _____

CHIEDE

di essere iscritto nel Registro Regionale degli Operatori Socio Sanitari di cui alla DGR 225 del 18/05/2016.

A tal fine è consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. del 28/12/2000 n° 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

(ai sensi delle leggi vigenti)

1) di essere residente nel territorio della Regione Campania nel Comune di _____

2) di aver conseguito il titolo professionale denominato _____, n. convalida, _____ rilasciato in data _____ presso _____ all'esito di corso per complessive ore _____

3) di aver conseguito il titolo professionale denominato _____, n. convalida, _____ rilasciato in data _____ presso _____ all'esito di corso per complessive ore _____

4) di aver conseguito il titolo professionale denominato _____, n. convalida, _____ rilasciato in data _____ presso _____ all'esito di corso per complessive ore _____

Verranno effettuati controlli da parte dell' Amministrazione ricevente ovvero delle strutture utilizzatrici del personale sulla corrispondenza dei dati e delle notizie dichiarate

In caso di false dichiarazioni, si applicherà quanto previsto dall'art. 76 D.P.R. 445/2000.

Valgono le norme e le disposizioni contenute nel D.Lgs. 196/2003 (Privacy) riguardo al trattamento dei dati

N.B. Vanno indicati i soli titoli professionali afferenti la qualifica di OSS

Luogo e data: _____

Firma: _____