

Iscrizione corso per: **Operatore Socio Sanitario con Formazione
Complementare in Assistenza Sanitaria O.S.S.S.**

Sede di svolgimento: AULA (200 h) TIROCINIO (200 h.):– Totale complessivo
ore 400

COGNOME: _____

NOME: _____

NATO/A A: _____ PROV. _____ IL _____

RESIDENTE IN: _____ VIA: _____

CODICE FISCALE: _____ E-MAIL _____

TEL. _____ CELL. _____

ATTESTATO OSS CONSEGUITO IL _____ PRESSO _____

MODALITA' DI PAGAMENTO

COSTO TOTALE DEL CORSO: € 800,00

ACCONTO: € 100,00 (da versare all'atto di iscrizione)

NUMERO RATE:

CIASCUNA RATA: €

il pagamento potrà essere effettuato nelle seguenti modalità:

- Contante
- Assegno bancario
- Bonifico intestato a Cooperativa Servizi e Formazione, specificando la causale del versamento ed il nominativo dell'allievo: IBAN IT 75 H 01030 04400 000000038522.

Le singole rate potranno essere consegnate mensilmente anche presso la sede formativa e, per ogni pagamento, verrà emessa regolare ricevuta.

Si allegano i seguenti documenti:

- Documento di identità;
- Tessera Sanitaria;
- Copia Attestato OSS.

Luogo e data _____

Firma _____