



CITTÁ DI SORSO

Servizio 3.2 Servizi Sociali

Oggetto: Domanda di partecipazione al Bando Pubblico per la concessione di voucher per la frequenza del corso di formazione per Operatori Socio Sanitari (OSS)

__ I __ sottoscritt __ nato/a a __ il __

Codice Fiscale _____

Residente a _____ in via _____ n. _____

Cell. _____ e-mail _____

Titolo di studio _____

CHIEDE

Di poter accedere alla graduatoria per beneficiare dei voucher messi a disposizione per l'abbattimento dei costi di frequenza del corso per Operatore Socio Sanitario (OSS) promosso dall'Amministrazione Comunale.

A tal fine

DICHIARA

- Di essere consapevole che il costo complessivo del corso è di € 3.100,00;
- Di essere consapevole che il voucher copre solo una quota di tale costo e che la restante quota rimane a proprio carico, da versare direttamente alla ditta SOSOR secondo le modalità che verranno da questa comunicate.
- Che il proprio nucleo familiare, secondo l'iscrizione ai registri anagrafici comunali, è così composto, oltre al dichiarante:

Cognome Nome	Relazione di parentela	Luogo e data di nascita

ALLEGA

Documenti obbligatori:

- Copia documento d'identità
- ISEE 2023

Documenti per l'attribuzione delle priorità in caso di parità di punteggio:

- copia del certificato di disoccupazione con indicazione della data di ultima iscrizione.

Sorso, Lì _____

Firma

IMPORTANTE:

Le domande dovranno pervenire al Protocollo del Comune di Sorso dal 04.12.2023 e entro e non oltre il 22.12.2023