

MODULO DI CONVALIDA DELL'ISCRIZIONE

AL CORSO OSS sede di _____

PER IL PERIODO FORMATIVO 2022-2023

Il/La sottoscritto/a (cognome).....(nome).....
nato/a(Prov.....) il
Numero di telefono/..... Cellulare/.....
Indirizzo e-mail@.....

- conferma la propria iscrizione al corso per Operatore Socio-Sanitario, sede di _____

- allega la documentazione richiesta:
 - Ricevuta PagoPA quale prima rata della quota di iscrizione al Corso per Operatore Socio-Sanitario.
 - di € 400,00 (per residenti nella provincia di Trento)
 - di € 800,00 (per non residenti nella provincia di Trento)
 - N. 01 foto formato tessera firmata sul retro;

- si impegna a versare la seconda rata di iscrizione (di € 200,00 se residente in Provincia di Trento o di 400,00 se non residente in Provincia di Trento) entro il 31 marzo 2023.
- prende atto che il mancato pagamento della seconda rata nei termini previsti comporterà la perdita del diritto alla frequenza con conseguente interruzione del percorso formativo.

....., lì

.....
firma