

MODULO ISCRIZIONE AL CORSO OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS)

Domanda di iscrizione del

____/____/____

DATI DEL PARTECIPANTE

Cognome _____ Nome _____
CF _____ Data di nascita ____/____/____ Luogo _____ (__)
Cittadinanza _____ e-mail _____
Titolo di studio _____ Data e luogo di conseguimento Titolo di studio _____
Tel. _____

MODALITA' DI ISCRIZIONE

Per iscriversi al corso è necessario compilare il presente modulo di pre-iscrizione.
La pre-iscrizione è fondamentale per assicurarsi la partecipazione al corso e non perdere la priorità acquisita.
Successivamente, 50 giorni prima dell'inizio del corso, l'iscrizione dovrà essere formalizzata con la compilazione del modulo di iscrizione e con il pagamento del **10%** di anticipo.

TITOLI OTTENUTI:

- Attestato di qualifica professionale riconosciuto a livello nazionale e rilasciato dalla Regione Lazio

COSTI E MODALITÀ DI PAGAMENTO

Il costo totale del corso è pari a euro **2.600,00 IVA inclusa (con rateizzazione fino a 10 rate)**
È richiesto un acconto del 10% da versare contestualmente al momento dell'iscrizione
Nel caso in cui si preferisca saldare in un'unica soluzione ad inizio corso il costo è pari a euro **2.390,00 IVA INCLUSA**

SCEGLIERE LA MODALITA' DI PAGAMENTO:

- Acconto di euro 239,00 + pagamento in un'unica soluzione ad inizio corso si euro 2.000,00
- acconto di euro 260,00 + 6 rate da euro 390,00
- acconto di euro 260,00 + 10 rate da euro 234,00

Il pagamento può essere effettuato tramite bonifico bancario, carta di credito, assegno o contanti

Dati per l'effettuazione del bonifico:**XELAB SRL****IBAN: IT26 S0301 50320 0000 00375 5871****FINECO Bank****CAUSALE: PAGAMENTO PER ISCRIZIONE AL CORSO OSS****IL CORSO VERRÀ CONFERMATO AL RAGGIUNGIMENTO DEL NUMERO MINIMO DI 12 ISCRITTI**

Con la sottoscrizione del presente modulo confermo di voler partecipare alla prossima edizione del corso OSS organizzato dalla Xelab srl, mi impegno altresì a formalizzare la domanda di iscrizione appena verrà comunicata la data di inizio del corso.

Data _____

Firma _____

Con la sottoscrizione del presente modulo, autorizzo Xelab srl a inviarmi ogni comunicazione agli indirizzi sopra indicati e mi impegno a segnalare tempestivamente qualsiasi modifica dei miei dati personali.

L'Utente, sottoscrivendo il presente modulo manifesta espressamente il suo libero e pieno consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR secondo le finalità indicate nell'informativa e nei limiti in cui il proprio consenso fosse richiesto ai fini della legge, nonché alla loro comunicazione nell'ambito dei soggetti indicati nell'informativa stessa.

Data _____

Firma _____

INFORMAZIONI PER LA SEGRETERIA**COME SEI VENUTO A CONOSCENZA DEL NOSTRO ENTE DI FORMAZIONE?**

- AFFISSIONI VOLANTINI STAMPA SITO WEB FACEBOOK INSTAGRAM
 TRAMITE CONOSCENTI ALTRO

Si prega di compilare il presente modulo e inviarlo firmato all'indirizzo email: info@xelab.it

Xelab srl

C.so Vittorio Emanuele, 170 - 00066 Manziana (Rm)

P.IVA 08937611005

06.99674746

www.xelab.it – info@xelab.it