



Spett.le LS Finance S.R.L.
 Corso Sicilia n. 111
 95131 Catania

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO PER ASSISTENTE STUDIO ODONTOIATRICO

Il/La sottoscritto/a												
NOME.....COGNOME.....												
nato/a a prov. il												
residente in via n.												
C.A.P. Città Prov.												
numero telefono numero cellulare												
indirizzo e-mail:.....												
CODICE FISCALE:												

CHIEDE

DI ESSERE AMMESSO/A AL CORSO PER ASSISTENTE STUDIO ODONTOIATRICO PER LA SEGUENTE FATTISPECIE

<i>MESI DI ATTIVITÀ LAVORATIVA MATURATI DALL'ALLIEVO ALLA DATA DEL 21 APRILE 2018</i>	<i>CREDITO FORMATIVO MASSIMO RICONOSCIBILE SULLE ORE DI TEORIA</i>	<i>ORE DI TEORIA DA FREQUENTARE</i>	<i>CREDITO FORMATIVO MASSIMO RICONOSCIBILE SULLE ORE DI TIROCINIO</i>	<i>ORE DI TIROCINIO MINIMO DA FREQUENTARE</i>	<i>DURATA COMPLESSIVA DEL PERCORSO INTEGRATIVO MINIMO</i>	<i>SCELTA (X)</i>
NESSUNO	0	300 ORE	0	400 ORE	700 ORE	
DA 1 A 6 MESI	0	300 ORE	100 ORE	300 ORE	600 ORE	
DA 7 A 12 MESI	52	248 ORE	200 ORE	200 ORE	450 ORE	
DA 12 A 24 MESI	96	204 ORE	300 ORE	100 ORE	300 ORE	
DA 24 A 35 MESI	200	100 ORE	400 ORE	0	100 ORE	

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atto falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Luogo e data

Firma del richiedente

.....