



**DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO DI OPERATORE SOCIO- SANITARIO DI 1000 ORE
DGR n. 811 del 05/07/2022 Intervento 3**

IL SOTTOSCRITTO _____

NATO A _____ **IL** _____

RESIDENTE A _____ **()**

VIA _____ **N** _____

TEL _____

E.MAIL _____ **(scritta in chiaro)**

Codice Fiscale _____

ALLEGA ALLA PRESENTE

- Fotocopia documento di identità
- Fotocopia codice fiscale

Titolo di studio:

- diploma di scuola secondaria di primo grado o superiore acquisito in Italia (licenza media, diploma di maturità, laurea)
- Titoli di studio conseguito all'interno del territorio dell'Unione Europea ed Extra Europea, originale o in copia autentica con traduzione ufficiale in lingua italiana, con Dichiarazione di valore
- Certificato di competenza linguistica rilasciato da enti certificatori, almeno di livello B1

Per i candidati cittadini non U.E.

- Permesso di soggiorno (per cittadini non U.E.)

Data

.....
(firma leggibile)

IL SOTTOSCRITTO AUTORIZZA

a trattare le informazioni contenute nella scheda nell'ambito previsto dall'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 per utilizzo conforme alle attività di formazione, ricerca e selezione del personale. La raccolta dei dati verrà trattata elettronicamente in conformità con le leggi vigenti, e cioè inseriti in una banca dati che consente l'accesso ai servizi resi dalla Fondazione Cavanis

Data

.....
(firma leggibile)