



Via M. Bellisario, 61 – Loc. Pratosardo  
08100 NUORO

**DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO  
AUTOFINANZIATO  
PER IL CONSEGUIMENTO DELLA QUALIFICA DI  
OPERATORE SOCIO SANITARIO  
(1000 ore)**

La/il sottoscritta/o

**CHIEDE DI ISCRIVERSI AL CORSO AUTOFINANZIATO PER:  
OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS)  
1000 ore**

presso la sede di: **Nuoro** Via M. Bellisario, 61 – Loc. Pratosardo cod. corso 28897/2019/LARISO/OSS1000/NUORO/01

Ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA QUANTO SEGUE**

Luogo e data di nascita: città: \_\_\_\_\_ data nascita: \_\_\_\_\_

Residenza: Città: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

via: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ e.mail: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Titolo di studio:  Licenza media  Diploma  Laurea

Si allega: 1- fotocopia di un documento di identità in corso di validità  
2- fotocopia del cod. fiscale  
3- copia del versamento della quota di iscrizione di €. 300,00

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto autorizza espressamente il trattamento dei dati contenuti nel presente modulo di iscrizione ai sensi del e per gli effetti del Regolamento Europeo 679/2016 (GDPR)

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_