



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/02

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

Di aver preso visione delle Condizioni generali iscrizione e partecipazione corso OSS _ 28897/2019/LARISO/OSS1000/NUORO/02

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

Autorizzo Lariso Soc.Coop.Soc. Onlus al trattamento dei miei dati personali per finalità legate a:

• Inserimento negli archivi della Cooperativa e/o segnalazione a terzi per finalità legate all'inserimento lavorativo;	consento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
• Segnalazione di corsi di formazione/aggiornamento/seminari/altre iniziative di promozione delle attività svolte dalla Cooperativa	consento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Data _____

Firma _____