

Domanda di iscrizione

Corso di approfondimento per Operatori Socio Sanitari.
"L'interpretazione dei parametri vitali: il contributo dell'OSS"

Spett.le Segreteria Organizzativa
Cooperativa Lariso
segreteria@lariso.it

Io sottoscritt _____

NOME _____ COGNOME _____

CODICE FISCALE _____

TELEFONO _____ E-MAIL _____

Chiedo di essere iscritt _____ al Corso di approfondimento per Operatori Socio Sanitari. "L'interpretazione dei parametri vitali: contributo dell'OSS" che si terrà a Nuoro il **28 dicembre dalle 9.00 alle 13.00** c/o la Lariso in via Marisa Bellisario, 61 ZI Pratosardo

La quota di partecipazione è di 30,00€ e comprende la partecipazione al corso, il materiale didattico e l'attestato di partecipazione.

La quota potrà essere versata in contanti presso la sede della Lariso o tramite bonifico bancario a:

LARISO Cooperativa Sociale Onlus

Ist. Bancario: Banco di Sardegna SpA - filiale di Nuoro - Corso Garibaldi

IBAN: IT 19D010151730000070027593

Causale: indicare il proprio *Nome e Cognome* e la dicitura *Iscrizione Corso di approfondimento "L'interpretazione dei parametri vitali: il contributo dell'OSS"*

Il corso è a numero chiuso. L'iscrizione si riterrà perfezionata al ricevimento del presente modulo compilato e firmato che potrà essere consegnato, unitamente alla quota di iscrizione, a mano c/o la Lariso via M. Bellisario, 61 ZI Prato Sardo 08100 – Nuoro (dal lunedì al venerdì dalle 10:00 alle 13:00 e dal lunedì al giovedì dalle 15.00 alle 18.00) o inviato via mail, unitamente alla copia del versamento della quota di iscrizione, all'indirizzo segreteria@lariso.it **ENTRO E NON OLTRE LE 10.00 DEL 23 dicembre 2022.**

In caso di mancato raggiungimento del numero minimo di iscritti e non attivazione del corso la quota sarà interamente restituita.

In caso di rinuncia personale la quota NON VERRA' RIMBORSATA

Si autorizza la Cooperativa Lariso al trattamento dati personali secondo il GDPR-REGOLAMENTO UE 2016/679 per finalità legate a:
Inserimento negli archivi della Cooperativa e/o segnalazione di corsi di formazione/aggiornamento/seminari/altre iniziative di promozione delle attività svolte dalla Cooperativa
acconsento [] SI [] NO

Luogo e data

Firma _____