

In partenza la nuova edizione del corso di abilitazione  
professionale in modalità FAD

## Assistente Studio odontoiatrico

Approvato con D.D. n. 79/2019 della Regione Puglia

### MODULO DI ISCRIZIONE

Il/la sottoscritto/a

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. / Cell. \_\_\_\_\_  
e.mail \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di essere ammesso corso di abilitazione professionale. A tal fine dichiara di essere in possesso di:

Diploma Scuola Superiore (Indicare il tipo di Diploma: es. Diploma di Ragioneria)

Laurea (Indicare il tipo di Laurea: es. Giurisprudenza)

Di essere in possesso della maggiore età

Di avere la cittadinanza italiana o cittadinanza di uno degli Stati membri dell'Unione Europea

Di godere dei diritti civili

Altro \_\_\_\_\_

Alla presente allega, dichiarandone l'autenticità, le fotocopie del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale/tessera sanitaria.

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, previste dall'art. 76 DPR 445 del 28/12/2000, dichiara ai sensi dell'art. 47 DPR 445 del 28/12/2000 che quanto riportato nella presente domanda risponde a verità.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a in merito ai dati personali riportati nelle seguente domanda e negli allegati, esprime il consenso al loro trattamento anche informatico da parte di FORMARE per le finalità di cui alla selezione in oggetto, con le modalità di cui al D. Lgs. 196/2003 e ferma la sua facoltà di chiedere rettifiche, modifiche e/o cancellazioni dei dati stessi.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_