

II/La sottoscritto/a

COGNOME

Nato/a a (città e Provincia)

Cittadinanza

Residente a (città e Provincia)

Indirizzo

NOME

Data di nascita

Codice Fiscale

CAP

Compilare se diverso dalla residenza

Domiciliato/a a

Indirizzo

Codice fiscale

Telefono fisso

e-mail (scrivere in stampatello)

Documento identità

Rilasciato da

CAP

Cell.

N°

In data

CHIEDE

di essere iscritto/a nell'elenco dei soggetti che manifestano la volontà di iscriversi al corso per il conseguimento della qualifica professionale di "O.S.S. – Operatore Socio Sanitario" Riconosciuto dalla Regione Puglia ai sensi della DGR n.879/2018 e del Regolamento Regionale n.28/2007 come modificato dalla DGR n. 1086/2022, che si realizzerà c/o:

- ☐ sede formativa di Putignano (BA) – Via V. Petruzzi, 16
☐ sede formativa di Foggia (FG) – Via Di Tressanti, 33
☐ sede formativa di Galatina (LE) – Via Corigliano, 33

DICHIARA

di essere ☐ inoccupato/a ☐ disoccupato/a ☐ occupato/a Iscritto/a al Centro Impiego di _____
di possedere il titolo di studio _____
di essere residente nel Comune di _____
di avere esperienza professionale _____
e/o lavorativa nel settore _____

Solo per i/le cittadini/e stranieri/e

di avere una buona conoscenza della lingua italiana

☐ SI ☐ NO

di essere in possesso di regolare Permesso di soggiorno

☐ SI ☐ NO

ALLEGA alla presente domanda seguente documentazione comprovante il possesso dei seguenti requisiti e titoli:

- ☐ FOTOCOPIA DOCUMENTO VALIDO DI IDENTITA'
- ☐ FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE

luogo

giorno

mese

anno

Firma 

DLgs n° 196/2003 e GDPR (Regolamento UE 2016/679) - Tutela della privacy

Ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) Le forniamo le seguenti indicazioni:

- i dati da Lei forniti verranno trattati esclusivamente con riferimento al procedimento per il quale ha presentato la documentazione;
- il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;
- il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura di Suo interesse;
- titolare del trattamento è il Legale Rappresentante dell'ENTE ATTUATORE
- i dati non saranno divulgati o ceduti a terzi;
- In ogni momento potranno essere esercitati i diritti di cui all'art.7 del DLgs n°196/2003 (accesso, correzione, cancellazione, opposizione al trattamento, ecc.), rivolgendosi direttamente all'ENTE ATTUATORE.

La presente sottoscrizione non necessita di autentica purchè trasmessa unitamente a fotocopia di un documento di identità di chi sottoscrive.

luogo

giorno

mese

anno

Firma 

LE NOSTRE SEDI

PUTIGNANO (BA)

Via V. Petruzzi, 16

GALATINA (LE)

Via Corigliano, 33

FOGGIA

Via di Tressanti, 13

