



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Assessorato del lavoro, formazione professionale,
cooperazione e sicurezza sociale



Via Mughina, 19
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 Mughina, 19_ cod. corso 2016/lariso/oss/nuoro/00-01
 Sassari Zona ind. Strada 32_ cod. corso 2016/lariso/oss/sassari/00-01
 Olbia C/o aeroporto Costa Smeralda_ cod. corso 2016/lariso/oss/olbia/00-01

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 D. Lgs. 196/2003 (T.U. sulla Privacy).

Data: _____

Firma: _____