

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL BANDO DI SELEZIONE OSS

Denominazione Corso OPERATORE SOCIO SANITARIO

Dati anagrafici dell'allievo che fa domanda di partecipazione al bando:

Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita |_|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Luogo _____

Provincia |_|_|

Cittadinanza _____

Dati di residenza/domicilio

Indirizzo _____ | CAP |_|_|_|_|_|

Comune _____ | Provincia |_|_|

Telefono _____

Cellulare _____

e-mail _____

Titolo di Studio _____

Disoccupato/a da _____

- ALLEGARE ALLA SEGUENTE DOMANDA TUTTI I DOCUMENTI COME DA BANDO**

Con la sottoscrizione del presente contratto, si acconsente al trattamento dei dati personali

presto il consenso

nego il consenso

Data

FIRMA