

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***DOMANDA DI PRE-ISCRIZIONE*** |  |
|  |
|  |  | Pagina 1 di 2 |

DENOMINAZIONE DEL CORSO/ATTIVITÀ:

OPERATORE SOCIO SANITARIO 1000 ORE

*Agenzia Formativa:* ***SILENZIOSI OPERAI DELLA CROCE***  *sede di* ***Moncrivello***Durata in ore:**1000**

*Anno formativo*: **2021/22**

**Orario di svolgimento: ** Diurno (8-13)  Pomeridiano (14-19) Preserale (18-20) Serale (20-23)

# Titolo Rilasciato:

  Qualifica

Costo corso:

**Documenti necessari**:

 Non previsto

 copia di un documento di identità in corso di validità  N 1 Fototessera

 Titolo di studio o autocertificazione

 Permesso di soggiorno in corso di validità o carta di soggiorno

 Prevista visita di idoneità all’interno del corso

 Certificazione lavorativa o di disoccupazione

**Orientamento:**

Descrizione dell’attività

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Giorno/periodo | Durata dell’intervento | Modalità | Persone di riferimento |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |



**PARTE ANAGRAFICA ALLIEVO:**

Cognome

***Parte 2*** *Dati anagrafici e personali*

Nome

Nato/a a: Prov.( ) il:

Codice Fiscale

Cittadinanza Italiana Altro Maschio Femmina

Nel caso sia cittadino extra-comunitario è in regola con il permesso di soggiorno sì no Nel caso sia cittadino comunitario è in regola con la carta di soggiorno sì no

Residente a: Prov. ( ) C.A.P. Via / Piazza N° Tel. Cellulare

posta elettronica @ \_\_

 *(da compilare solo se la residenza è diversa dal domicilio)*

Domiciliato a: Prov. ( ) C.A.P. Via / Piazza N° Tel.

## ALTRE INFORMAZIONI (la presente dichiarazione è rilasciata sotto forma di autocertificazione

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Titolo di studio(es.Terza media..diploma in… Laurea in…) | Scuola / Istituto(nome dell’Istituto e città) | Anno diconseguimento | Punteggio |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Attuale stato lavorativo: DISOCCUPATO OCCUPATO

E’ già iscritto ad altri corsi presso altre Agenzie Formative sì no Se sì per quali corsi

***Parte 3*** *Firme e consenso* Il/la sottoscritto/a interessato, Preso atto dell'informativa e dei diritti a me riservati in tema di trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679, al trattamento dei miei dati personali ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa, per le finalità indicate e nei limiti di cui alla stessa

da il consenso nega il consenso

Data \_ Firma leggibile

Per quanto riguarda la presente domanda in particolare i dati saranno trattatati informaticamente ai fini della gestione del corso (attività di elaborazione, registrazione e archiviazione dei dati), pertanto autorizza ad inviare comunicazioni inerenti il corso utilizzando i recapiti telefonici ed informatici forniti.

Data Firma leggibile

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato informato/a dei requisiti necessari per poter frequentare il corso, di aver ricevuto l’informativa sui criteri e modalità della selezione e di accettare tutte le modalità inerenti l’erogazione del corso comunicate dall’addetto che riceve la presente domanda. Dichiara inoltre, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000 che i dati forniti sono autocertificati ai sensi delle Leggi 15/68, 127/97, 131/98 e corrispondono al vero, in particolare si fa riferimento a tutti i dati forniti nella sezione 2 (dati anagrafici e personali).

Firma leggibile