

DOMANDA DI PRE-ISCRIZIONE CORSO O.S.S. (Operatore Socio Sanitario)

Il/La sottoscritto/a

COGNOME		NOME	
Nato/a a (città e Provincia)		Data di nascita	
Cittadinanza		Codice Fiscale	
Residente a (città e Provincia)		CAP	
Indirizzo			
Compilare se diverso dalla residenza			
Domiciliato/a a		CAP	
Indirizzo			
Codice fiscale			
Telefono fisso		Cell.	
e-mail (scrivere in stampatello)	@		
Stato occupazionale	<input type="checkbox"/> inoccupato/a <input type="checkbox"/> disoccupato/a	Iscritto/a al Centro Impiego di	
Esperienza professionale e/o lavorativa nel settore			
Documento identità		N°	
Rilasciato da		In data	
Solo per i/le cittadini/e stranieri/e			
Buona conoscenza della lingua italiana	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Possesso del permesso di soggiorno	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

CHIEDE

di essere iscritto/a nell'elenco dei soggetti che manifestano la volontà di proporre la Domanda di partecipazione alle Selezioni del corso per il conseguimento della qualifica professionale di "O.S.S. – Operatore Socio Sanitario" approvato dalla Regione Puglia, nell'ambito dell'Avviso Pubblico 1/FSE/2018, con D.D. F.P. n. 864 del 03/08/2018, che si realizzerà c/o:

Agenzia Formativa **En.A.P. PUGLIA** di Andria sita in Via Copernico, 21 +39 0883 543 392 enapandria@enappuglia.net

DICHIARA

di essere a conoscenza che la presente **non rappresenta** domanda di partecipazione alle selezioni, e che la stessa dovrà essere presentata, corredata dalla documentazione richiesta, quando sarà reso ufficiale, a seguito delle indicazioni pervenute dalla Regione Puglia, il Bando/Regolamento delle Selezioni;

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art.46 e dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, che i dati e le informazioni sopra riportate corrispondono a verità e di autocertificare la veridicità degli stessi.

luogo		data	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:

1. i dati da Lei forniti verranno trattati esclusivamente con riferimento al procedimento per il quale ha presentato la documentazione;
2. il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;
3. il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura di Suo interesse;
4. titolare del trattamento è il Legale Rappresentante del RTS En.A.P. PUGLIA-D.Anthea Onlus;
5. I dati non saranno divulgati o ceduti a terzi;
6. 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 al RTS En.A.P. PUGLIA-D.Anthea Onlus

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

luogo		data	giorno	mese	anno	firma	
-------	--	------	--------	------	------	-------	--