

All'Organismo di Formazione

Fondazione *Casa della Gioventù*
Centro Formazione Professionale
Via Giovanni XXIII 2
36070 Trissino VI

Tel. 0445/962022 – Fax 0445/962193
formazionecontinua@cfptrissino.it

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE AL CORSO PER OPERATORE SOCIO SANITARIO-ANNO 2017/2018

Il sottoscritto/a COGNOME E NOME: _____

nat___ a _____ il _____

nazionalità _____

residente a _____ cap _____

via _____ n. _____

telefono _____ cellulare _____

indirizzo mail _____

CODICE FISCALE _____

manifesta il proprio interesse ad avere informazioni riguardanti i tempi e le modalità per partecipare alla prova di selezione del corso Operatore Socio Sanitario 2017/2018, qualora l'ente Fondazione *Casa della Gioventù* fosse autorizzato dalla Regione Veneto (bando di riferimento DGR 688 del 16/05/2017) all'erogazione del corso.

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche si informa che i dati personali forniti saranno raccolti e trattati unicamente per le finalità di gestione del percorso formativo in oggetto. La presentazione di codesta manifestazione di interesse, da parte del soggetto, autorizza l'ente gestore al trattamento dei dati personali esclusivamente ai fini di cui al presente avviso.

Data, _____

Firma
