

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROVA SELETTIVA CORSO
PER OPERATORE SOCIO SANITARIO - ANNO 2018/2019
(DGR n. 688 del 16/05/2017- DDR n. 649 del 02/07/2018)**

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci (art. 76, DPR 445/2000)

Dichiara sotto la propria responsabilità:

COGNOME E NOME: _____

di essere nat___ a _____ il _____

di essere Cittadino _____

di essere residente a _____ (____) cap _____

via _____ n. _____

telefono _____ indirizzo mail _____

CODICE FISCALE _____

di essere in possesso del seguente titolo di studio:

Se cittadino straniero:

HA SOSTENUTO LA PROVA DI LINGUA ITALIANA ed ha conseguito il certificato di competenza linguistica
di livello A2 rilasciato da _____

oppure:

titolo di studio conseguito in Italia _____

di essere in possesso di permesso di soggiorno

SCELTA SEDE CORSO (una sola opzione possibile):

- CORSO 3558-2-688-2017: TRISSINO VI
 CORSO 3558-3-688-2017: VALDAGNO VI
 CORSO 3558-4-688-2017: VALDAGNO VI

Documenti da allegare: fotocopia carta identità, fotocopia codice fiscale, fotocopia titolo di studio

Ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 2016/679 (GDPR) 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 domanda di partecipazione, da parte del soggetto, autorizza l'ente gestore al trattamento dei dati personali esclusivamente ai fini di cui al presente avviso.

Data, _____

Firma
