FORMARE 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)* _____
Documento identità _____ **N°** _____
Rilasciato da _____ **In data** _____

CHIEDE

di essere iscritto/a nell'elenco dei soggetti che manifestano la volontà di iscriversi al corso per il conseguimento della qualifica professionale di "O.S.S. – Operatore Socio Sanitario" Riconosciuto dalla Regione Puglia ai sensi della DGR n.879/2018 e del Regolamento Regionale n.28/2007 come modificato dalla DGR n. 1086/2022, che si realizzerà c/o:

☐ sede formativa di Putignano (BA) – Via V. Petruzzi, 16
☐ sede formativa di Foggia (FG) – Via Di Tressanti,33 13
☐ sede formativa di Galatina (LE) – Via Corigliano,33

DICHIARA

di essere ☐ **inoccupato/a** ☐ **disoccupato/a** ☐ **occupato/a** **Iscritto/a al Centro Impiego di** _____
di possedere il titolo di studio _____
di essere residente nel Comune di _____
di avere esperienza professionale _____
e/o lavorativa nel settore _____

Solo per i/le cittadini/e stranieri/e

di avere una buona conoscenza della lingua italiana ☐ SI ☐ NO ***di essere in possesso di regolare Permesso di soggiorno*** ☐ SI ☐ NO

ALLEGA alla presente domanda seguente documentazione comprovante il possesso dei seguenti requisiti e titoli:

1. ☐ FOTOCOPIA DOCUMENTO VALIDO DI IDENTITA'
2. ☐ FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE

luogo 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 dell'ENTE ATTUATORE*
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 all'ENTE ATTUATORE.*

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

luogo giorno mese anno Firma