

All'Organismo di Formazione
Centro Italiano di Solidarietà di Belluno onlus
info@ceisbelluno.org
0437 950895
Via Rugo 21 – 32100 Belluno

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE CORSI PER OPERATORE SOCIO SANITARIO-ANNO 2019

DGR 688 del 16/05/17 DDR 798 del 08/07/19

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci (art. 76, DPR 445/2000)
Dichiara sotto la propria responsabilità:

COGNOME E NOME: _____

di essere nato/a ___ 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 _____

di essere in possesso di permesso di soggiorno

Chiede che ogni comunicazione venga spedita all'indirizzo sopra indicato

Esprime preferenza per il corso con sede a:

- Belluno
- Feltre

Esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Reg. UE
2016/679

Data, _____

Firma
