

All'Organismo di Formazione

Centro Italiano di Solidarietà di Belluno onlus

## DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROVA SELETTIVA CORSI PER OPERATORE SOCIO SANITARIO-ANNO 2014

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 \_\_\_\_\_

di essere in possesso di permesso di soggiorno

Chiede che ogni comunicazione venga spedita all'indirizzo sopra indicato

Esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche, ai fini della frequenza al corso.

Data, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_