

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 2021-2022

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

Dichiara sotto la propria responsabilità:
(SI PREGA DI COMPILARE IN STAMPATELLO)

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 B1 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 del Reg. UE 2016/679, ai fini della frequenza al corso.

Data, _____

Firma
