



## Domanda Di Iscrizione Corso

### OPERATORE SOCIO SANITARIO (O.S.S.)

#### RICHIEDENTE

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_  
Luogo di Nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cod. fiscale \_\_\_\_\_  
Residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. Civico \_\_\_\_\_  
Telefono fisso \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
Titolo di studio \_\_\_\_\_

#### ESTREMI RELATIVI ALLA RICEVUTA/FATTURA

Denominazione Azienda/ Ditta/ Ente \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. Civico \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
Telefono Fisso \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
P. IVA/ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Referente \_\_\_\_\_

#### DICHIARA

di aver preso visione del programma formativo del corso interessato e delle modalità organizzative e del costo.

Autorizzo Formaprof Srl al trattamento dei miei dati personali ai sensi del Dlgs n. 196/03.

Lamezia Terme li \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Documenti da allegare: copia documento in corso di validità e copia codice fiscale.

E' ns. cura comunicare 5 giorni prima, la data d'inizio del corso di cui è stata inoltrata richiesta d'iscrizione.