



A.T.S. "RIETI PER IL SOCIALE"

Spett.le
ATS "Rieti per il Sociale"
c/o Consorzio per lo Sviluppo
Industriale della Provincia di Rieti
Via dell'Electronica, snc - Rieti

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO DI RIQUALIFICAZIONE IN "OPERATORE SOCIO SANITARIO"

codice SI_MON _____

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

tel _____ cell _____

e-mail _____ @ _____

Cod. Fisc.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE DI ESSERE AMMESSO ALLA SELEZIONE DEL CORSO DI "OPERATORE SOCIO SANITARIO"

APPROVATO DALLA REGIONE LAZIO CON DETERMINAZIONE n.

A TAL FINE DICHIARA
(ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000)

• **Di essere**

- Uomo
 Donna

• **Di possedere la cittadinanza italiana**

- Si
 No e di essere cittadino del seguente Stato estero

- Di risiedere in Via/Piazza: _____
n. _____ Comune _____ Provincia _____

(nel caso in cui la residenza non coincida con il domicilio)

- Di avere il domicilio in Via/Piazza: _____
n. _____ Comune _____ provincia _____

- Di non aver conseguito uguale qualifica ed attestato professionale riconosciuto da un Ente Regionale;
- Di essere in possesso del titolo di studio di :

_____ Rilasciato dal _____ il _____

A tal fine allega la seguente documentazione:

- Copia firmata di un documento di riconoscimento valido (fronte / retro)
- Copia titolo di studio
- Copia del permesso di soggiorno (se cittadino extracomunitario)

Data _____

Firma _____

NON SARANNO ACCETTATE DOMANDE INCOMPLETE DEI DATI PREVISTI

Si autorizza, ai sensi del Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196, il trattamento dei dati personali per le finalità inerenti la gestione del Corso.

Data _____

Firma _____