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 2025

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

_____