

## DOMANDA DI PRE-ISCRIZIONE CORSO O.S.S. (Operatore Socio Sanitario)

Il/La sottoscritto/a

<b>COGNOME</b>		<b>NOME</b>	
<b>Nato/a a</b> (città e Provincia)		<b>Data di nascita</b>	
<b>Cittadinanza</b>		<b>Codice Fiscale</b>	
<b>Residente a</b> (città e Provincia)		<b>CAP</b>	
<b>Indirizzo</b>			
<i>Compilare se diverso dalla residenza</i>			
<b>Domiciliato/a a</b>		<b>CAP</b>	
<b>Indirizzo</b>			
<b>Codice fiscale</b>			
<b>Telefono fisso</b>		<b>Cell.</b>	
<b>e-mail</b> (scrivere in stampatello)	@		
<b>Stato occupazionale</b>	<input type="checkbox"/> inoccupato/a <input type="checkbox"/> disoccupato/a	<b>Iscritto/a al Centro Impiego di</b>	
<b>Esperienza professionale e/o lavorativa nel settore</b>			
<b>Documento identità</b>		<b>N°</b>	
<b>Rilasciato da</b>		<b>In data</b>	
<i>Solo per i/le cittadini/e stranieri/e</i>			
<b>Buona conoscenza della lingua italiana</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Possesso del permesso di soggiorno</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

### CHIEDE

di essere iscritto/a nell'elenco dei soggetti che manifestano la volontà di proporre la Domanda di partecipazione alle Selezioni del corso per il conseguimento della qualifica professionale di "O.S.S. – Operatore Socio Sanitario" approvato dalla Regione Puglia, nell'ambito dell'Avviso Pubblico 1/FSE/2018, con D.D. F.P. n. 864 del 03/08/2018, che si realizzerà c/o:

L'Agenzia Formativa **En.A.P. PUGLIA** di Corato sita in via Cesare Pavese 60 +39 080.3588130 enapcorato@enappuglia.net

### DICHIARA

di essere a conoscenza che la presente **non rappresenta** domanda di partecipazione alle selezioni, e che la stessa dovrà essere presentata, corredata dalla documentazione richiesta, quando sarà reso ufficiale, a seguito delle indicazioni pervenute dalla Regione Puglia, il Bando/Regolamento delle Selezioni;  
 sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art.46 e dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, che i dati e le informazioni sopra riportate corrispondono a verità e di autocertificare la veridicità degli stessi.

luogo		data	giorno	mese	anno	firma	
-------	--	------	--------	------	------	-------	--

#### DLgs n° 196/2003 e GDPR (Regolamento UE 2016/679) -Tutela della privacy

Ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) Le forniamo le seguenti indicazioni:  
 1. i dati da Lei forniti verranno trattati esclusivamente con riferimento al procedimento per il quale ha presentato la documentazione;  
 2. il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;  
 3. il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura di Suo interesse;  
 4. titolare del trattamento è il Legale Rappresentante del RTS En.A.P. PUGLIA-D.Anthea Onlus;  
 5. I dati non saranno divulgati o ceduti a terzi;  
 6. In ogni momento potranno essere esercitati i diritti di cui all'art.7 del DLgs n°196/2003 (accesso, correzione, cancellazione, opposizione al trattamento, ecc.), rivolgendosi direttamente al RTS En.A.P. PUGLIA-D.Anthea Onlus  
 La presente sottoscrizione non necessita di autentica purché trasmessa unitamente a fotocopia di un **documento di identità** di chi sottoscrive.

luogo		data	giorno	mese	anno	firma	
-------	--	------	--------	------	------	-------	--