



Spazio riservato alla segreteria

Prot. n° _____/OSSBR del _____

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO

Il /La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/____

Codice Fiscale:

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

Residente a _____ Prov. _____ Via _____ Cap _____

Domiciliato a _____ Prov. _____ Via _____ Cap _____

Telefono fisso: _____ Cellulare: _____

e-mail: _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare al corso:

Operatore Socio Sanitario (OSS)

Cod. Progetto: **207V5E5 – 3828**

Soggetto Attuatore: **RTS Associazione Profeta (Capofila) – Spegea S.C.A R.L- Aforis Impresa Sociale**

Sede di svolgimento: **BRINDISI, via Perrino 56**

POR PUGLIA FESR FSE 2014 – 2020 – Avviso Pubblico n° 01/FSE/2018

A.D. Regione Puglia, Servizio Formazione Professionale n. 864 del 03/08/2018 (Burp n. 107 del 16/08/2018)

Finanziato dal POR PUGLIA FESR/FSE 2014 - 2020 e dal Patto per lo Sviluppo della Regione Puglia FSC – 2014 - 2020

Luogo e Data

Firma candidato/a

ALLEGATI:

- Fotocopia documento di riconoscimento valido
- Attestazione aggiornata dello stato di inoccupazione o disoccupazione rilasciata dal Centro per l'Impiego territorialmente competente (*non antecedente al 01 maggio 2018*)
- Dichiarazione sostitutiva
- Curriculum Vitae
- Dichiarazione presa visione del regolamento selezioni
- Modello Informativa Privacy ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13, del Regolamento UE n. 2016/679

