



**DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE E ACCETTAZIONE DEL REGOLAMENTO DELLE
PROCEDURE DI SELEZIONE DEI CANDIDATI**

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: _____

DICHIARA

di aver preso visione, letto e compreso nella sua interezza il regolamento dell'Associazione Profeta relativo alle procedure di selezione dei candidati e di accettare interamente le disposizioni contenute nel regolamento stesso e di esserne soggetto in caso di ammissione al seguente 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

