



FONDO SOCIALE
EUROPEO

UNIONE DEI COMUNI DELLA PLANARGIA
E DEL MONTIFERRU OCCIDENTALE



REGIONE AUTONOMA
DELLA SARDEGNA

Spett.le I.FO.L.D. (ISTITUTO FORMAZIONE LAVORO DONNE)
VIA PERETTI N. 1/B - 09134 CAGLIARI

**DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO PER OPERATORE SOCIO SANITARIO
CON FORMAZIONE COMPLEMENTARE IN ASSISTENZA SANITARIA**

Titolo legalmente riconosciuto dalla Regione Sardegna, Conferenza Stato-Regioni del 16/01/2003-REP-1604-D.G.R. 23/3 del 16/04/2008)
CON DELIBERA DELL'UNIONE DEI COMUNI

Il / La sottoscritto/a			
Cognome _____	Nome _____		
nato/a il _____	a _____	Prov. _____	
residente in _____			Prov. _____
Via _____	N° _____	CAP _____	
Codice Fiscale _____			
Recapito telefonico _____	Abitazione _____	Cellulare _____	
E-mail _____			

PRESA VISIONE DEL BANDO
chiede l'ammissione alla frequenza del corso per:
OPERATORE SOCIO SANITARIO
CON FORMAZIONE COMPLEMENTARE IN ASSISTENZA SANITARIA
CON SEDE IN SCANO DI MONTIFERRO

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI:

- FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITÀ
- FOTOCOPIA QUALIFICA OSS AUTENTICATA
- IDONEITÀ PSICOFISICA

DATA _____

FIRMA (PER ESTESO) _____

Informativa ai sensi del D.Lgs. 196/2003 (T.U. sulla Privacy): i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo