



FONDAZIONE

LEPIDO ROCCO

Castelfranco Veneto (TV)
Via Brenta n 4
0423 / 497950

SCHEDA DI ISCRIZIONE

PER IL CORSO
OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS)
6615/005/550/DEC/18 (VALDOBBIADENE)

COGNOME E NOME: _____

Nato/a _____ il _____

Telefono /Cel _____ indirizzo mail _____

Cittadinanza: _____

In possesso del titolo di studio:

Scuola Media inferiore

Scuola Media Superiore

Laurea

Altro _____

Se Cittadino straniero:

€ HA SOSTENUTO LA PROVA DI LINGUA ITALIANA ed ha conseguito il certificato di competenza linguistica di livello A2 rilasciato da _____

€ Ha conseguito il titolo di studio (vedi sopra) in Italia

€ Di essere in possesso di permesso di soggiorno

Dichiara di impegnarsi al pagamento dell'intera quota richiesta per la frequenza del corso di €1450,00.-

Esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche, ai fini della frequenza al corso.

Data, _____

Firma
