



FONDAZIONE

LEPIDO ROCCO

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

# SCHEDA DI ISCRIZIONE

PER IL CORSO

**OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS)**

**6615/001/798/DEC/19 (CASTELFRANCO VENETO)**

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 € 2.000.000 così rateizzata: 1° rata di € 500,00 entro 3 giorni dalla data di pubblicazione delle graduatorie, 2° rata di € 800,00 entro il 31.10.2019, 3° rata di € 700,00 entro il 05.12.19.

*Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. e GDPR regolamento UE 2016/679 ai fini della iscrizione/partecipazione al corso e utilizzo conforme alle attività di formazione. La raccolta dei dati verrà trattata elettronicamente in conformità con le leggi vigenti, e cioè inseriti in una banca dati che consente l'accesso ai servizi resi da Fondazione Lepido Rocco.*

Data, \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_