



FONDAZIONE

LEPIDO ROCCO

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

SCHEDA DI ISCRIZIONE

PER IL CORSO

OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS)

6615/002/798/DEC/19 (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 € 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 _____