

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLE PROVE DI SELEZIONE DEL CORSO O.S.S.
(Operatore Socio Sanitario)**

RTS: SMILE PUGLIA, LA FABBRICA DEL SAPERE, FORMAZIONE&PROGRESSO, IAL PUGLIA

Il/la sottoscritto/a

COGNOME		NOME	
Nato/a (città e provincia)		Data di nascita	
Cittadinanza		Codice Fiscale	
Residente a (città e provincia)		CAP	
Indirizzo			
Codice fiscale			
Tel. fisso		cell.	
e-mail (scrivere in stampatello)			
Documento Identità		N.	
Rilasciato da		in data	
<i>(compilare solo se diverso dalla residenza)</i>			
Domiciliato/a a		CAP	
Indirizzo			

CHIEDE


di partecipare alle prove di selezione per il conseguimento della qualifica professionale di "O.S.S. – Operatore Socio Sanitario" relative al corso

LA PROFESSIONE OSS VERSO IL FUTURO - EDIZIONE ANDRIA

approvato dalla Regione Puglia, nell'ambito dell'Avviso Pubblico n.1/FSE/2018, con D.D. F.P. n.864 del 03/08/2018, che si svolgeranno nella sede, nelle date e negli orari che saranno comunicati esclusivamente sul sito internet www.lafabbricadelsapere.it con valore di unica senza alcuna altra forma di comunicazione.

A QUESTO FINE ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA


- DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' E DI CERTIFICAZIONE
- COPIA DOCUMENTO VALIDO DI IDENTITA'
- COPIA DEL CODICE FISCALE
- CURRICULUM VITAE (facoltativo)
- EVENTUALE ALTRA DOCUMENTAZIONE COMPROVANTE ESPERIENZE PROFESSIONALI, FORMATIVE E/O DI STUDI COERENTI CON LA PROFESSIONE OSS, SECONDO L'ART.5, PUNTO B) DEL BANDO DI PARECIPAZIONE E REGOLAMENTO

LUOGO		DATA	giorno	mese	anno	FIRMA 
--------------	--	-------------	--------	------	------	--

Dlgs n.196/2003 e GDPR (Regolamento UE 2016/679) - Tutela della privacy

Ai sensi del Dlgs n.196/2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679), le forniamo le seguenti indicazioni:

- i dati da lei forniti verranno trattati esclusivamente con riferimento al procedimento per il quale ha presentato la documentazione;
- il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;
- il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura di suo interesse;
- titolare del trattamento è il Legale Rappresentante di Smile Puglia;
- i dati non saranno in alcun modo divulgati o ceduti a terzi;
- in ogni momento potranno essere esercitati i diritti di cui all'art.7 del Dlgs n.196/2003 (accesso, correzione, cancellazione, opposizione al trattamento, ecc.), rivolgendosi direttamente a Smile Puglia.

LUOGO		DATA	giorno	mese	anno	FIRMA 
--------------	--	-------------	--------	------	------	--