

DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ prov. _____ M F

Data di nascita _____ Cittadinanza _____

Codice Fiscale _____

Tel. Abitazione _____ Tel. Cellulare _____

Email _____

RESIDENZA / DOMICILIO

Comune di residenza _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ n. _____

Domicilio corrispondente alla residenza (se crocesegnato, non è necessario compilare i dati del domicilio)

Comune di domicilio _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ n. _____

TITOLO DI STUDIO LICENZA MEDIA ALTRO TITOLO _____

Se cittadino straniero:

Ha sostenuto la prova di lingua italiana ed ha conseguito il certificato di competenza linguistica di livello B1 *
rilasciato da _____

Ha conseguito il titolo di studio (vedi sopra) in Italia*: _____

Di essere in possesso di permesso di soggiorno e titolo di studio conseguito in _____
con traduzione giurata/apostilla/dichiarazione di valore*

*questa manifestazione di interesse non considera i nuovi documenti specifici richiesti dai prossimi bandi regionali. Potrebbero essere richiesti ulteriori documenti.

Dichiara di essere OCCUPATO DISOCCUPATO

Attività lavorativa presso _____

CHIEDE

Di essere tenuto in considerazione per l'iscrizione alla prova di selezione OSS appena saranno stabilite le date

Data _____

Firma leggibile _____

AUTORIZZA

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 ISFID PRISMA SOCIETA' COOPERATIVA.

Data _____

Firma leggibile _____

Il presente modulo è da restituire compilato all'indirizzo email corsooss@isfidprisma.it