|  |
| --- |
| **DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO RQ O.S.S. 420 ore (Operatore Socio Sanitario)**  |
| **ANNO FORMATIVO**  |  **2020/2021** |  |  |  |  |
| **DATI ANAGRAFICI :** |  |  |  |  |
| Cognome |  |  |
| Nome |  |  |
| Tipo docum. |  | n° doc ident. |  |  |
| Codice Fiscale |  |  |  |  |  |
| Nato a |  | Prov. |  | il |  |
| Stato di nascita |  |  |  |  |  |
| Cittadinanza |  |  |  |  |  |
| Residente a |  | Prov. |  | CAP |  |
| Via |  | n° |  |  |  |
| Tel. |  | Cell. |  |  |  |
| E-mail |  | Contatto Facebook |  |  |  |
| Titolo di studio |  |  |
| Data conseguimento |  |  |  |  |
| presso Scuola |  |  |
| Attestato di qualifica |  |  |  |  |

Al momento della sottoscrizione del presente modulo di preiscrizione va versata a titolo di acconto la prima rata prevista come importo frazionato del costo totale dell’attivita’ corsuale. Il discente ha diritto alla restituzione dell’acconto versato entro e non oltre i 14 giorni successivi alla sottoscrizione del presente modulo o nel caso in cui la Foreip dia all’allievo comunicazione di disdetta di avvio dell’attività in oggetto a mezzo email.

**DOCUMENTI ALLEGATI:**

* Fotocopia titolo di studio
* Fotocopia carta d’identità
* Fotocopia codice fiscale
* Fotocopia del permesso di soggiorno valido e certificato residenza (per stranieri)
* 2 Fototessera

**DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI**

*Dichiaro  di aver preso visione dell’informativa sulla privacy ai sensi dell’art. 13 del D.lgs 196/03 e di prestare il consenso al trattamento dei dati****.***

**DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**