

DOMANDA DI ISCRIZIONE CORSO **OPERATORE SOCIO SANITARIO**

Cognome Nome

Data di nascita Luogo di nascita Prov.

Indirizzo

Città Prov. CAP

Telefono Cellulare

Codice fiscale

Titolo di studio Occupazione

e-mail

CHIEDE

Alla S.V. l'iscrizione al Corso di OPERATORE SOCIO SANITARIO

- presso codesto Ente di Formazione Professionale per l'anno formativo 2025/2026
- € 2.300,00 così suddiviso: € 100,00 acconto all'iscrizione ed il resto in 12 rate senza interessi

Palermo, li _____

Firma

Informativa ai sensi della legge n. 196/03 sulla tutela dei dati personali

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/03.

Firma

Dichiarazione di certificazione

Sono consapevole che ai sensi degli artt. 46 del D.P.R. 445/2000, in caso di false dichiarazioni accertate dall'amministrazione precedente verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera.

Firma
