

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Il/La sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a (città e Provincia) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Residente (città e Provincia) \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

<i>Compilare se diverso dalla residenza</i>	
Domiciliato/a (città e Provincia) _____	_____
CAP _____	Indirizzo _____

Telefono fisso \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

e-mail (scrivere in stampatello) \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Documento identità \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ In data \_\_\_\_\_

**MANIFESTA LA VOLONTA'**

Di partecipare al corso autofinanziato per il conseguimento della qualifica professionale di **"O.S.S. – Operatore Socio Sanitario"** (Regolamento Regionale 18 Dicembre 2007, n. 28 e ss.mm.ii.) della durata di 1000 ore che si realizzerà c/o la sede operativa di: **FONDAZIONE LE COSTANTINE Via E. Sticchi 47/a - 73024 MAGLIE (LE)** previa autorizzazione regionale

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art.46 e dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, che i dati e le informazioni sopra riportate corrispondono a verità e di autocertificare la veridicità degli stessi e consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dall'art. 76 del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa approvate con D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni, e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera prevista dall'art. 75 del medesimo T.U.

- Di essere in possesso del diploma di scuola dell'obbligo
- Di aver compiuto il 17° anno di età alla data di iscrizione al Corso
- (Per i/le Candidati/e stranieri/e) di avere una buona conoscenza della lingua italiana (Livello minimo B1) e di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno

**ALLEGA**

1. FOTOCOPIA DOCUMENTO VALIDO DI RICONOSCIMENTO
2. FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**DLgs n° 196/2003 e GDPR (Regolamento UE 2016/679) -Tutela della privacy**

Ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) Le forniamo le seguenti indicazioni:

1. i dati da Lei forniti verranno trattati esclusivamente con riferimento al procedimento per il quale ha presentato la documentazione;
2. il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;
3. il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura di Suo interesse;
4. titolare del trattamento è il Legale Rappresentante di FONDAZIONE LE COSTANTINE
5. I dati non saranno divulgati o ceduti a terzi;
6. 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 FONDAZIONE LE COSTANTINE.

La presente sottoscrizione non necessita di autentica purché trasmessa unitamente a fotocopia di un **documento di identità** di chi sottoscrive.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Spazio riservato alla Segreteria

RICEVUTA DI PRESENTAZIONE

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

n. \_\_\_\_\_