

DOMANDA DI AMMISSIONE AL CORSO DI

Riqualificazione in Operatore Socio Sanitario – Corso per Adest

Progetto cofinanziato dall'Unione Europea - POR FSE 2014/2020
Approvato dalla Regione Lazio con Determinazione Dirigenziale n° G 11661 del 20/09/2018

Il/la sottoscritto/anato a(.....)

Il Residente in(.....) CAP

Via Domiciliato in..... (.....)

Via.....Tel..... cell.....

e-mail..... Codice Fiscale

Chiede di essere ammesso/a alle selezioni per partecipare al corso di:

RIQUALIFICAZIONE IN OPERATORE SOCIO SANITARIO – CORSO PER ADEST

A tal fine, ai sensi art. 46 T.U. - D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, e consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del predetto DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni non veritiere, dichiara:

- di essere di sesso
- di avere anni
- di essere cittadino: italiano comunitario extracomunitario
- di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno (solo se extracomunitario)
- di essere in possesso del seguente titolo di studio:
conseguito in data rilasciato da
- Che il suddetto titolo di studio è equipollente all'obbligo scolastico vigente in Italia (solo per extracomunitari)
- di essere in possesso del seguente Attestato di Qualifica o Diploma necessario per l'accesso al corso
.....
- di essere occupato presso
con la seguente tipologia di contratto
con le mansioni diin servizio dal.....
- di essere residente o domiciliato nella Regione Lazio da almeno sei mesi

Data Firma del richiedente

Allegati:

- ♦ fotocopia del documento d'identità in corso di validità
- ♦ fotocopia permesso di soggiorno e carta d'identità in corso di validità (per i cittadini extracomunitari)
- ♦ Curriculum Vitae formato europeo
- ♦ Allegato H

La presente Domanda deve pervenire presso la sede dell'Istituto Polistudio **entro le ore 17:00 del 24/11/2019**

Spazio riservato all' Istituto Polistudio Prot. N..... del