

SCHEDA CANDIDATURA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Nome:

Cognome:

Nato/a il:

a:

()

Nazione:

Codice fiscale:

Telefono:

Numero documento:

Data scadenza:

E-mail:

CHIEDE: Di accedere alla selezione per il corso per Operatore Socio Sanitario

DICHIARA: Sotto la propria responsabilità consapevole delle sanzioni penali previste dalla Legge:

Di avere cittadinanza:

Se extracomunitario: **DI AVERE REGOLARE PERMESSO DI SOGGIORNO**

DI ESSERE DOMICILIATO IN:

Via/Piazza:

Civico:

CAP:

Città:

Provincia:

DI ESSERE IN POSSESSO DEL SEGUENTE TITOLO DI STUDIO:

RICONOSCIUTO IN ITALIA ED EQUIPARATO A:

- Tutti i dati forniti saranno trattati da Proxima S.r.l. ai sensi del D.lgs 196/03 e del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali ("GDPR").
- Acconsento al trattamento dei miei dati personali per quanto riguarda la ricezione di informazioni su eventi e percorsi di formazione del settore socio sanitario.

Acconsento

NON acconsento

DATA

FIRMA

COME SEI VENUTO A CONOSCENZA DI QUESTO CORSO?

Sito Proxima (www.proximaformazione.it)

Centri per l'impiego

Pubblicità sui mezzi pubblici

Sito Formazione Lavoro Regione Liguria

Passaparola

Personale che hanno precedentemente frequentato il corso da Proxima

Altro: