



Spett.le IAL Molise srl

Via Ziccardi, 10

86100 Campobasso

DOMANDA ISCRIZIONE

CORSO: OPERATORE SOCIO SANITARIO

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ (____)

Residenza _____ Cap _____ Via/Piazza _____ N _____

Codice Fiscale _____ Telefono _____

Cellulare _____ e-mail _____

Titolo di studio _____ conseguito il _____

Attestati di qualifica (L.845/78) _____

Occupato/a Disoccupato/a Inoccupato/a

Attuale Occupazione/qualifica-mansione _____

*Altre Mansioni _____ Data di assunzione _____ anni di anzianità lavorativa _____

Impresa/Azienda di appartenenza _____

Altre esperienze lavorative _____

_____. li _____ in fede

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personale presta il consenso. Dichiaro inoltre ai sensi della 445/2000 che quanto sopra esposto corrisponde a vero.

_____. li _____ in fede

Allegati: Fotocopia titolo di studio, fotocopia documento identità, certificato medico di idoneità a svolgere le mansioni di Operatore Socio Sanitario.