

# OPERATORE SOCIO SANITARIO

## MODULO DI PREISCRIZIONE

<b>Il sottoscritto</b>	Cognome						Nome							
<b>Nato il</b>				<b>a</b>				<b>Provincia</b>						
<b>Nazionalità</b>							<b>Cittadinanza</b>							
<b>Codice Fiscale</b>														
<b>Telefono</b>							<b>Cellulare</b>							
<b>Mail</b>														
<b>Residente a</b>									<b>Provincia</b>					
<b>Indirizzo</b>														

Nel presentare la preiscrizione alla proposta formativa per OPERATORE SOCIO SANITARIO il/la sottoscritto/a è a conoscenza del fatto che deve assolto l'obbligo d'istruzione e il diritto-dovere all'istruzione e formazione ed avere la maggiore età.

Inoltre fornirà ad Agriform tutta la documentazione necessaria al fine di dimostrare di essere in possesso dei requisiti necessari ovvero:

- fotocopia del documento di identità e se straniero dei documenti di soggiorno;
- fotocopia del titolo di studio;
- autocertificazione del titolo di studio se rilasciato da una autorità italiana, se straniera sarà necessario presentare documentazione idonea.

Infine è a conoscenza che Agriform presenterà richiesta di riconoscimento del corso alla Regione Emilia Romagna una volta raggiunto il numero di iscritti sufficiente.

Il/la sottoscritto/a dichiara di avere preso visione del modulo per la tutela della privacy unita al presente modulo e ne accetta i contenuti.

DATA, \_\_\_\_\_

FIRMA, \_\_\_\_\_