



## CORSO OPERATORE SOCIO SANITARIO 2023 - 2024

Direttiva "OFFERTA FORMATIVA REGIONALE PER LA QUALIFICA DI OPERATORE SOCIO-SANITARIO"  
di cui alla D.G.R. n. 3-5145 del 31/05/2022

Il sottoscritto (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via/piazza \_\_\_\_\_

e domiciliato in (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

n. telefono \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

occupato

disoccupato

**CHIEDE** di essere **ISCRITTO ALLE SELEZIONI** per il corso Operatore Socio Sanitario

### **ALLEGA ALLA PRESENTE**

- Carta identità + codice fiscale + permesso di soggiorno (se cittadino extra UE)
- Titolo di studio (requisito minimo licenza media); se conseguito all'estero è necessaria dichiarazione di equipollenza
- Dichiarazione ISEE

*- L'ISCRIZIONE SARA' COMPLETA SOLO DOPO AVER INVIATO TUTTI I DOCUMENTI RICHIESTI SECONDO LE MODALITA' INDICATE. LE DOMANDE INCOMPLETE E/O NON COMPILATE NON VERRANNO ACCETTATE ESCLUDENDO IL CANDIDATO DALL'ELENCO DEGLI AMMESSI ALLA PROVA DI SELEZIONE*

Da restituire via email a [segreteria@cerseo.org](mailto:segreteria@cerseo.org) oppure presso la nostra sede di Corso Fiume, 2 Vercelli

Ai sensi del Reg. (UE) 2016/679 e del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i., vi informiamo che il Titolare del trattamento dei dati è Cerseo. Il sottoscritto dichiara di aver letto l'Informativa al trattamento dei dati presente sul sito web all'indirizzo [www.cerseo.org](http://www.cerseo.org) e di averne compreso il significato

**LUOGO E DATA**

**FIRMA**