



## DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO O.S.S.

Il/la sottoscritto/a:

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Luogo di nascita: \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. : \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Domicilio  
(se diverso dalla residenza): \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Stato civile: \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Telefono: Cellulare: \_\_\_\_\_

email: \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di partecipare al Corso per "Operatrice Socio Sanitaria (O.S.S.)"- previsto dal Progetto P.A.O.L.A.- Pari Opportunità Lavoro, finanziato da Fondo Beneficienza Intesa San Paolo, della durata di \_\_1000\_\_ ore (di cui \_\_550\_\_ di formazione d'aula e \_\_450\_\_ di tirocinio formativo), che si svolgeranno presso la sede del Centro Studi e Formazione del Centro Calabrese di Solidarietà in Via Lucrezia Della Valle , 106 – Catanzaro.

Si allega alla presente domanda:

- Carta d'identità
- Codice Fiscale

Data

Firma