DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA PROVA DI SELEZIONE

(come da D.G.R. n° 46-5662 del 25/03/02)

N.B. SCRIVERE IN STAMPATELLO

La/Il sottoscritta/o

Cognome					Nome										
nata/o a					Prov		il								
residente a					CAP		via								
domiciliata/o a					CAP		via								
Telefono					e-mail										
Codice Fiscale															
Tipo permesso di soggiorno					scadenza			Titolo studio							

presa conoscenza del bando e dei requisiti di accesso da possedere al momento dell'iscrizione al corso, pena la decadenza dallo stesso, qui di seguito elencati:

- ✓ maggiore età (18 anni compiuti al momento dell'iscrizione al corso)
- ✓ cittadinanza italiana o di un paese UE, o possesso di regolare permesso di soggiorno
- ✓ essere disoccupato/inoccupato con disponibilità al lavoro rilasciata al CPI di competenza
- ✓ titolo di studio (almeno licenza media) italiano o Dichiarazione di Equipollenza o iscrizione ad una Università italiana statale o legalmente riconosciuta

porge domanda d'iscrizione alla prova di selezione per l'ammissione al corso per

OPERATORE SOCIO SANITARIO (1000 ORE)

A tal fine informa di essere in possesso di:

- ▶ **Cittadinanza Italiana** SI NO (Specificare la cittadinanza _____)
- ▶ **Essere disoccupato/inoccupato con disponibilità al lavoro rilasciata al CPI di**
- ▶ **Titolo di studio conseguito in Italia o validato (Dichiarazione di Equipollenza o iscrizione Università)**
 - unicamente** licenza di scuola secondaria di 1° grado (scuola media)
 - qualifica professionale o diploma di scuola secondaria superiore o laurea

e di essere consapevole che, in base all'art. 20 della L. 104/92, ai candidati è garantito il diritto di specificare, all'atto della domanda, "gli ausili necessari in relazione al proprio handicap nonché l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi".

Torino, _____
(data)

(firma)

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n° 196 del 30/06/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Torino, _____
(data)

(firma)

✂

N° PROTOCOLLO	CONVOCAZIONE TEST DI SELEZIONE _____	SEDE del TEST ENAIIP TORINO via del Ridotto 5 - tel 011 2179700 N.B. Presentarsi muniti di documento d'identità personale
	ORE	