



Unione Europea



Regione Puglia



SCHEDA DI PREISCRIZIONE CORSO

“Operatore Socio Sanitario (O.S.S.)”

Il/La sottoscritto/a

COGNOME		NOME	
Nato/a a (città e Provincia)		Data di nascita	
Cittadinanza		Codice Fiscale	
Residente a (città e Provincia)		CAP	
Indirizzo			
Domiciliato/a a		CAP	
Indirizzo			
Telefono fisso		CELL.	
e-mail (scrivere in stampatello)			
Documento identità		N°	
Rilasciato da		In data	
Data Saldo pre-iscrizione		Importo	

CHIEDE

La pre-iscrizione dello stesso al corso *“Operatore Socio Sanitario”* che si realizzerà presso Associazione Formazione (Piazza Papa Giovanni paolo II n.8, 70015, Noci (Ba), tel, 080/3214080 email: info@associazioneformazione.it)

Si allegano alla presente:

1. Fotocopia documento di identità e codice fiscale

In fede

(luogo e data)

Firma del richiedente

NOTE: In caso di rinuncia al corso l'importo di €. 100,00 versato in fase di pre-iscrizione non sarà rimborsato.