



Modulo di iscrizione alla selezione per:

**CORSO PER OPERATORE SOCIO SANITARIO CON FORMAZIONE
COMPLEMENTARE (OSS-FC)**

Il/La sottoscritt _____ Nat__a_____ il _____

Codice Fiscale _____ Cellulare _____

Residente _____

Dipendente di Codess Sociale Società Cooperativa Sociale dal _____ in qualità di Operatore Socio
Sanitario presso _____

Attività di Operatore Socio Sanitario dal _____

CHIEDE

- a) L'iscrizione alla selezione per il corso in oggetto
- b) Che ogni comunicazione sia inviata al seguente

indirizzo mail _____

DICHIARA

1. Di aver preso visione dell'avviso Prot. Nr. 16965 del 12/09/2022;
2. Di aver preso visione della normativa di riferimento del corso in oggetto;
3. Di autorizzare il trattamento dei propri dati ai sensi del Reg. (UE) n. 2016/679.

Data _____

Firma _____

Inviare il presente modulo a: formazioneoss@codess.org

PADOVA
35128 - Via Boccaccio, 96
Tel. +39 049 807 34 62
direzionegenerale@codess.org

MILANO
20124 - Via Vittor Pisani, 14
Tel. +39 02 8282 69 50

VENEZIA
30020 - Gruaro
Via Roma, 70
Tel. +39 0421 27 42 33

30035 - Mirano
Via Belvedere, 13
Tel. +39 041 43 45 77

TRENTO
38062 - Arco
Via Paolo Leonardi, 6
Tel. +39 046 451 45 80

TORINO
10143 - Corso Lecce, 80
Tel. +39 011 75 09 708

VERONA
37036 - San Martino B.A.
V.le del Lavoro, 33
Tel. +39 045 800 96 26

ROMA
00132 - Via Ripatransone, 111
Tel. +39 06 220 38 45

CARBONIA IGLESIAS
09010 - Nuxis
Loc. Su Guventu
Tel. +39 0781 90 91

ANCONA
Via Aurelio Saffi, 4
60121 Ancona AN

VARESE
21013 - Gallarate
Pz.le Europa, 2
Tel. +39 0331 77 44 25

SAVONA
17047 - Vado Ligure
Via Italia, 19
Tel. +39 019 21 00 301

GORIZIA
84170 - Piazza San Rocco, 5
Tel. +39 0481 54 51 87

AOSTA
11022 - Brusson
Loc. Faucille, 1
Tel. +39 0125 30 00 37

Fax unico per tutte le sedi
+39 199 161 911

R.E.A. PD-314326
A.N.C. A110780
C.F. /P.IVA/ Nr Iscr. Impr. di PD
03174760276