Corso di Riqualificazione per Operatore socio-sanitario (OSS) rivolto alle persone in possesso di esperienze professionali coerenti.

CUP B74D22000950003

DICHIARAZIONE

...l…. sottoscritto/a ……..... (Nome) ..... (Cognome)

Sesso
1. M ☐
2. F ☐

nato/a a ..... (Comune)

……..... (Provincia) ……...……..……... (Stato)

il |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| (gg/mm/aaaa)

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

In riferimento alla richiesta di iscrizione al corso di Riqualificazione per Operatore socio-sanitario (OSS) rivolto alle persone in possesso di esperienze professionali coerenti - CUP B74D22000950003

dichiara:

di impegnarsi a frequentare l'attività formativa, per un impegno complessivo di 320 ore, fuori dall'orario di servizio.

Data ……..…….. Firma ……..……..