



**DOMANDA DI PRESCRIZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE PER
OPERATORE SOCIO SANITARIO**

Compilare il modulo in stampatello

Il/La sottoscritto/a (cognome)(nome).....
Nato/a aProvinciail
residente a
Via n. CAP
codice fiscale Tel.....
Cell. E-mail
Cittadinanza
Titolo di studio

Sede didattica : Latina Frosinone

Acconsento alla comunicazione dei miei dati e al loro successivo uso ai soli fini della frequenza del corso in oggetto ai sensi della legge n.196/03. sulla tutela dei dati personali.

DATA

FIRMA RICHIEDENTE
