

OSS - OPERATORE SOCIO SANITARIO 2019/2020

 sede di **PARMA** sede di **FIDENZA** sede di **BORGOTARO**

Cognome		Nome		* Sesso
* Comune di nascita (o Stato estero)	* Prov.	* Data di nascita	* Cellulare	
* Indirizzo di Residenza e n° civico	* CAP	* Comune	* Prov.	
Domicilio (se diverso dalla residenza)	CAP	Comune	Prov.	
* Nazionalità	* Cittadinanza		* Telefono	
E-Mail		* Codice fiscale		

Titolo di studio _____
 (specificare indirizzo di studi)

Rilasciato da (ente/scuola/istituto) _____

Città (o nazione) _____ Anni di conseguimento _____

SITUAZIONE LAVORATIVA

 - **DISOCCUPATA/O**

 - **OCCUPATA/O** tempo determ. tempo indetermin. / full-time part-time

 Orario di lavoro: turni spezzato dalle _____ alle _____

Occupata/o dal _____ settore/ struttura: _____

Azienda/coop _____

Elencare di seguito corsi svolti (specificare argomento, sede, durata, titolo rilasciato), esperienze professionali nel settore sociale e/o sanitario (specificare durata della collaborazione e tipo di struttura), per richiedere il riconoscimento di crediti formativi

1).....

2).....

3).....

Nota: Sono consapevole che il trattamento oggetto della presente informativa e del relativo consenso concerne esclusivamente i dati qui facoltativamente conferiti, che tali dati verranno trattati tramite supporti cartacei, informatici e telematici da Forma Futuro (titolare del trattamento nella persona del suo rappresentante pro tempore), al solo scopo di consentire la mia eventuale iscrizione ai corsi di formazione gestiti da Forma Futuro e per l'invio di informazioni sulle attività di Forma Futuro, che potrò esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del DL 196/2003 (in particolare, ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza, la loro cancellazione o trasformazione, il loro aggiornamento o rettificazione e oppormi al loro trattamento scrivendo a: FORMA FUTURO scarl Via La Spezia, 110 - 43125 Parma (PR) ed infine che tali dati non saranno comunicati ad altri soggetti. Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati citati, secondo le modalità predette, ai sensi degli articoli 23,24,25,26 del DL 196/2003.

DATA _____

FIRMA _____