

scheda di interesse 2022

OPERATORE SOCIO SANITARIO 300 ORE - OSSsede di **PARMA** sede di **FIDENZA** sede di **BORGOTARO**

Cognome		Nome	
Comune di nascita		Prov. (o stato estero)	Data di nascita
Indirizzo di Residenza e n° civico		CAP	Comune
Domicilio (solo se diverso dalla residenza)		CAP	Comune
Nazionalità		Cittadinanza	Cellulare
E-Mail		Codice fiscale	
Titolo di studio _____ <small>(specificare indirizzo di studi)</small>			
Rilasciato da (ente/scuola) _____			
Città e Stato _____		Annodi conseguimento _____	
SITUAZIONE LAVORATIVA			
<input type="checkbox"/> DISOCCUPATA/O <input type="checkbox"/> OCCUPATA/O (<input type="checkbox"/> tempo determinato <input type="checkbox"/> tempo indeterminato)			
Occupata/o dal _____ settore/ struttura: _____ <small>Mese- Anno</small>			
Azienda/coop _____			
Ruolo in azienda _____			
Elencare di seguito corsi svolti (specificare durata e 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.			

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 _____

FORMA FUTURO www.formafuturo.it**PARMA** via La Spezia, 110 tel.0521.985866 **FIDENZA** via Gobetti, 2 tel.0524.82786sociosanitario@formafuturo.it**Sportello delle Professioni Sociali e Sanitarie** informazioni → orientamento → iscrizioni