

OPERATORE SOCIO SANITARIO - OSS 300 ore

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 <i>(solo se diverso dalla residenza)</i>	CAP	Comune	Prov.	
Nazionalità	Cittadinanza		Telefono	
E-Mail		Codice fiscale		
Titolo di studio _____ <small>(specificare indirizzo di studi)</small>				
Rilasciato da <i>(ente/scuola/istituto)</i> _____				
Città <i>(o nazione)</i> _____ 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 <i>(specificare durata e titolo rilasciato)</i> , esperienze professionali nel settore sociale e/o sanitario <i>(specificare durata della collaborazione e tipo di struttura)</i> , 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 _____

☉ sportello delle Professioni Sociali e Sanitarie ☉
 informazioni → orientamento → iscrizioni

sociosanitario@formafuturo.it

PARMA via La Spezia, 110 tel.0521.985866

FIDENZA via Gobetti, 2 tel.0524.82786

BORGOTARO via Cacchioli, 9 tel.0525.90196