

INFORMAZIONI SCOLASTICHE

Titolo di studio posseduto

- Licenza media
- Qualifica professionale in _____
- Diploma maturità in _____
- Laurea in _____

Indicare la attuale condizione professionale

	Da meno di 6 mesi <input type="checkbox"/>	Da 6 a 11 mesi <input type="checkbox"/>	Da 12 a 24 mesi <input type="checkbox"/>	Oltre 24 mesi <input type="checkbox"/>
1. Occupato				
2. Disoccupato o iscritto liste mobilità	Da meno di 6 mesi <input type="checkbox"/>	Da 6 a 11 mesi <input type="checkbox"/>	Da 12 a 24 mesi <input type="checkbox"/>	Oltre 24 mesi <input type="checkbox"/>

CHIEDE

di partecipare alla selezione di ammissione al corso di riqualificazione per n. 30 ADEST in Operatore Socio Sanitario della durata di n. 330 ore di cui all'Avviso pubblicato in data 11/08/2008 con scadenza 05/09/2008 ore 12:00.

Alla domanda d'iscrizione deve essere allegato:

- Copia firmata di un documento di riconoscimento valido**
- Copia dell'attestato di qualifica di ADEST o titoli equipollenti**
- Eventuali attestazioni di servizio**

Si autorizza, ai sensi del Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196, al trattamento dei dati personali per le finalità inerenti la gestione del Corso.

Data _____

Firma _____