



## ALLEGATO B

Ente accreditato come Provider Regionale ECM n° 48 - GURS n°44 del 27/09/2013

### MANIFESTAZIONE DI INTERESSE AL CORSO DI RIQUALIFICAZIONE IN OPERATORE SOCIO SANITARIO- "OSS"

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

prov. di \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

Tel/Cell \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Titolo di da riqualificare \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

di poter partecipare al corso di formazione per la RIQUALIFICAZIONE IN OPERATORE SOCIO SANITARIO -  
"OSS"- come disposto dal Decreto n.1613 - art. 6 del 08.10.2014 – GURS n° 46 del 31.10.2014

**LA PRESENTE RICHIESTA NON COMPORTA ALCUN ANTICIPO IN DENARO, NÉ VINCOLO  
CONTRATTUALE.**

L'effettiva partecipazione al corso sarà disciplinata dalla domanda definitiva che riporterà il numero di  
autorizzazione rilasciata dal DASOE

**Da inviare firmata in formato pdf a: [lafenicecoop@libero.it](mailto:lafenicecoop@libero.it)**

Data \_\_\_\_\_

I dati forniti sono gestiti secondo quanto predisposto dal Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196. Il titolare del trattamento dei dati personali è La Fenice Coop. Sociale. Lei potrà rivolgersi senza particolari formalità al titolare del trattamento e/o suo delegato per far valere i suoi diritti ai sensi dell'art. 7 del suddetto decreto. I dati verranno trattati in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematico, solo ai fini fiscali ed amministrativi

Firma

\_\_\_\_\_

**"La Fenice" Cooperativa Sociale**

Segreteria: via Scurati, n. 32 - 91015 – Custonaci (TP)

Tel/ Fax 0923 971462 - Cell. 327 8173163

Sito web: [www.lafeniceservizisociali.it](http://www.lafeniceservizisociali.it) email: [lafenicecoop@libero.it](mailto:lafenicecoop@libero.it)