

Operatore Socio Sanitario (OSS)

Corsi di riqualificazione secondo il Decreto dell'8 ottobre 2014 dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana pubblicato in G.U.R.S. il 31 ottobre 2014.

__I__ sottoscritto/a _____ nato/a il ____/____/____
a _____ (____) residente in Via/Piazza _____ n. ____
Comune _____ C.A.P. _____ Prov. _____ Nazionalità _____
Tel/Fax _____ Tel. cellulare _____ e-mail _____
Codice Fiscale |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| sesso ____ occupazione _____

In riferimento alla richiesta di iscrizione al corso di riqualificazione in Operatore Socio Assistenziale (OSS), organizzato ai sensi del D.A. 8 ottobre 2014, pubblicato sulla GURS il 31 ottobre 2014 Parte I, n. 46, dalla Regione Siciliana,

DICHIARA

- di essere disponibile a svolgere il tirocinio esclusivamente presso le strutture pubbliche indicate nella sezione "Tirocinio" (GURS 31-10-2014 Parte I n.46);
- di autorizzare il trattamento dei dati ai sensi del D.lgs 196/2003, ai fini della pubblicazione, dopo aver conseguito la qualifica di OSS, dei riferimenti personali nell'albo regionale degli Operatori socio sanitari (GURS 31-10-2014 Parte I n.46).

Luogo e data _____

Firma _____