



U.I.L.D.M.

Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare
SEZIONE DI SALERNO
Associazione ONLUS

IBAN IT56Y033901600100000069659

Iscr. Albo Reg.
Sezione A
Cod. SAA0049

Ente giuridico
D.P.R.
n°391 del 1/5/70

Assoc. Volontariato
D.P.G.R.C n°8143
del 3/8/94

Ente di formazione
accreditato Regione
Campania D.n.129
del 29/6/2011.



**DOMANDA DI PRESCRIZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE
per "OPERATORE SOCIO-SANITARIO" (OSS - 1000 ore)**

Il/la sottoscritto/a _____ **nato/a il** ___/___/___

A _____ residente a _____

Alla Via/piazza _____ n° _____

Tel. _____ codice fiscale _____

Email _____

CHIEDE

Di essere iscritto/a al Corso di Formazione Professionale per Operatore Socio-Sanitario (OSS - 1000 ore),
autorizzato dalla Regione Campania.

Salerno, ___/___/___

FIRMA

Via Pio XI, N. 5
84125 Salerno

Via G. Negri, 5
84126 Salerno
Tel/fax 089.25.82.245
PEC: uildm@pec.retesolidale.it
C.F. 95013720651



Convenzioni Universitarie



Facoltà di Sociologia



Facoltà di Scienze della
Formazione



Facoltà Scienze del
Servizio Sociale