U.I.L.D.M.
Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare
SEZIONE DI SALERNO
Associazione ONLUS

IBAN IT56Y0339016001000000069659

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 PREISCRIZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE

per "OPERATORE SOCIO-SANITARIO CON FORMAZIONE COMPLEMENTARE" (OSSS -400 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 con formazione complementare (OSSS - 400 ore), autorizzato dalla Regione Campania.

Salerno,____/____/____

FIRMA

_____

Rete Solidale

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

ReteSolidale

Convenzioni Universitarie

Facoltà di Sociologia

Facoltà di Scienze della Formazione

Facoltà Scienze del Servizio Sociale