**DOMANDA DI ISCRIZIONE**

**CORSO DI 1° LIVELLO “OPERATORE SOCIO- ASSISTENZIALE (ANNO 2016)**

**RISERVATO AI RESIDENTI NEL COMUNE DI EBOLI**

Il/la sottoscritto/a………………………………………………..nato a…..………………………………..

.

Prov………….il………………………e residente in……………………………….prov ………………….

Alla Via/Piazza…………………………………………….n…………………C.F………………………….

Tel………………………………..cell…………………………………..email……………………...............

CHIEDE

Di essere iscritto al Corso di Operatore Socio- Assistenziale (1° livello) riservato ai residenti del

Comune di EBOLI

Data,

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega:

*Fotocopia Carta di identità*

*Certificato di residenza in carta semplice o autocertificazione*

*Fotocopia titolo di Studio*

*Curriculum vitae formato europeo con foto*

La presente domanda deve essere inviata, corredata dai documenti, al seguente indirizzo di posta elettronica m.marano@retesolidale.it Per informazioni: 0892582245

Il/la sottoscritto/a………………………… autorizza l’Organizzazione Rete Solidale a inviare, tramite SMS (messaggi di testo sul cellulare), posta elettronica, comunicazioni inerenti Rete Solidale e le organizzazioni aderenti ad essa.

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_