



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

## MODELLO DI PREISCRIZIONE

# **CORSO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE “OPERATORE SOCIO-SANITARIO CON FORMAZIONE COMPLEMENTARE” (OSSS - 400 ORE)**

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-Sanitario con Formazione Complementare - 400 ore (autofinanziato) autorizzato dalla Regione Campania.

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto ..... autorizza l'Organizzazione ReteSolidale a inviare, tramite SMS (messaggi di testo sul cellulare), posta elettronica, comunicazioni inerenti ReteSolidale e le organizzazioni aderenti ad essa.

Firma

\_\_\_\_\_

La domanda compilata può essere inviata per fax allo 089.9483981, per email a [m.marano@retesolidale.it](mailto:m.marano@retesolidale.it) o agli Uffici Amministrativi in Via G. Negri n.5 – Salerno dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00.  
Per ulteriori informazioni 089.711162 – 089.2582245