**MODULO DI PRE-ISCRIZIONE**

**CORSO DI FORMAZIONE PER OPERATORE SOCIO SANITARIO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome** |  |
| **Nome** |  |
| **Luogo di nascita** |  |
| **Data di nascita** |  |
| **Città di residenza** |  |
| **CAP** |  |
| **Indirizzo** |  |
| **Telefono** |  |
| **Codice Fiscale** |  |
| **e-mail** |  |

**CHIEDE**

*Di essere inserito nell’elenco dei partecipanti* al Corso di qualifica professionale ***“OPERATORE SOCIO SANITARIO”*** della durata di 1.000 da svolgersi presso la sede di **FORMAZIONE *& PROGRESSO* – via S. Benedetto Val di Sambro 12 - Guagnano (LE).**

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_