



MODULO ISCRIZIONE CORSO RIQUALIFICA ASA IN OSS

Domanda di iscrizione del ___/___/___

IO SOTTOSCRITTO/A, _____

CHIEDO DI ESSERE ISCRITTO/A AL CORSO DI RIQUALIFICA ASA IN OSS PER L'ANNO ACCADEMICO 2018/2019.

DATI ANAGRAFICI

NOME _____
(inserire anche eventuale secondo e/o terzo nome)

COGNOME _____
(inserire cognome completo)

SESSO _____ C.I. n. _____

NATO/A A _____

IL _____ CODICE FISCALE _____

RESIDENZA _____
(indirizzo completo: via/viale/piazza, nr. civico, comune, CAP e Provincia)

DOMICILIO _____
(solo se diverso dalla residenza)

TELEFONO _____ CELLULARE _____

E-MAIL _____

CITTADINANZA _____ NAZIONALITÀ _____

TITOLO DI STUDIO _____

SCUOLA DI PROVENIENZA _____



MODULO ISCRIZIONE RIQ. ASA IN OSS

HA MAI INTERROTTO UN CORSO DI STUDIO? SI NO (barrare la risposta corretta)

SE SÌ, QUALE? _____

ATTUALE CONDIZIONE PROFESSIONALE? _____

DA QUANTO TEMPO VALE LA SUA ULTIMA CONDIZIONE PROFESSIONALE?

ISCRIZIONE AL CENTRO PER L'IMPIEGO? SI NO (barrare la risposta corretta)

SE SÌ, DA QUANDO? _____

INFORMAZIONI PER LA SEGRETERIA _____

FIRMA PER PRESA VISIONE _____

LUOGO E DATA _____

MODULO ISCRIZIONE RIQ. ASA IN OSS

MODALITÀ ISCRIZIONE

COSTO DEL CORSO €. 700,00 (iscrizione €. 50,00 compresa)

Le rate successive saranno così distribuite:

- prima rata entro fine ottobre
- seconda rata entro fine febbraio

MODALITÀ DI PAGAMENTO

- a mezzo **assegno bancario** intestato a **ISCOS FORMAZIONE SAS**
- a mezzo **bonifico bancario** alle seguenti coordinate:

ISCOS FORMAZIONE SAS

BANCA BNL - IBAN: IT23 B010 0520 4000 0000 0009 768

Causale: nome, cognome dello studente/essa, n. rata e Corso Riqualfica ASA in OSS

DOCUMENTI ALLEGATI:

- Fotocopia Carta Identità
- Copia del diploma ASA conseguito in Regione Lombardia
- Codice fiscale
- Versamento quota iscrizione

GLI STUDENTI STRANIERI DOVRANNO ALLEGARE ANCHE:

- Permesso di soggiorno in corso di validità (per i cittadini extra-comunitari)

MODULO ISCRIZIONE

RIQ. ASA IN OSS

IL CORSO AVRÀ INIZIO AL RAGGIUNGIMENTO DEL NUMERO MINIMO DI 15 ISCRITTI

- Con la sottoscrizione del modulo, autorizzo Iscos Formazione sas a inviarmi ogni comunicazione agli indirizzi sopra indicati e mi impegno a segnalare tempestivamente qualsiasi modifica dei miei dati personali.
- Manifestazione di consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR. il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a su quanto previsto e di consentire espressamente all'Istituto Iscos Formazione sas, con sede in via Salvo D'Acquisto 9/A MONZA il trattamento anche informatico dei dati comunicati, di quelli derivanti dall'evolversi del rapporto nonché la loro comunicazione a terzi, come previsto nel suddetto testo informativo.

FIRMA PER PRESA VISIONE _____

LUOGO E DATA _____