

DOMANDA DI ADESIONE

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ Nome _____

Nata a _____ Prov (___) il ___ / ___ / _____

Residente a _____ Prov (___) in Via/Piazza _____

CODICE FISCALE _____

n° cell. _____ n° tel. _____ email _____

domanda di partecipazione al seguente percorso formativo (indicare UNO o ENTRAMBI i corsi)

- LA COMUNICAZIONE EFFICACE IN AMBITO SOCIO-ASSISTENZIALE ED EDUCATIVO
- DINAMICHE E LAVORO DI GRUPPO PER LA GESTIONE DEL DISAGIO SOCIALE E SANITARIO

NB - I corsi della durata di 24 ore ciascuno sono totalmente gratuiti e sono rivolti a persone occupate nel settore socio assistenziale o nel settore socio sanitario sia nel pubblico che nel privato.

- SITUAZIONE OCCUPAZIONALE

Occupato/a presso l'azienda denominata _____ p. IVA _____

Con sede legale in _____ (___) in via / Piazza _____ n. _____

da quanto tempo _____

tipologia contratto _____

- TITOLO DI STUDIO

- LICENZA MEDIA
- DIPLOMA
- LAUREA
- Attestato di frequenza di "**COMPETENZE MINIME** nei processi di assistenza alla persona"
- INFERMIERE PROFESSIONALE
- QUALIFICA O.S.S.
- Altro (specificare) _____

Ai sensi del D.Lgs 196/03 sulla "privacy", autorizzo ad inserire i miei dati nella documentazione di INDAR Soc. Coop. , in ogni momento, a norma della legge citata, e potrò chiedere ogni variazione rispetto le modalità indicate, come pure la cancellazione dei miei dati. Mi impegno, inoltre, a non divulgare con qualsiasi mezzo ed a qualsiasi soggetto terzo dati, informazioni ed elaborati di INDAR Soc. Coop. aventi utilità tecnica, commerciale ed economica per la concorrenza di INDAR Soc. Coop.

DATA ___ / ___ / 2013

FIRMA _____