

## MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

per la partecipazione ai Percorsi di formazione  
per l'acquisizione della Qualifica di

## OPERATORE SOCIO-SANITARIO OSS

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Recapito telefonico (n° cellulare) \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Sede di TRIESTE GORIZIA CERVIGNANO

(data) \_\_\_\_\_ (firma) \_\_\_\_\_

**INVIARE ALL'INDIRIZZO MAIL: [oss@enaip.fvg.it](mailto:oss@enaip.fvg.it)**

Programma regionale (PR) FSE+ 2021-2027

Programma Specifico 15/24 – Percorsi di formazione per l'acquisizione della qualifica di Operatore socio-sanitario OSS

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003 e del Regolamento (UE) n. 2016/679: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Titolare del trattamento è EnAIP Friuli Venezia Giulia; l'informativa ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679 è consultabile al link: <https://www.enaip.fvg.it/privacy>