

PIANO ANNUALE DI FORMAZIONE PROFESSIONALE-PROVINCIA DI CAGLIARI ANNUALITA' 2011/2012
CORSO: Operatore Socio Sanitario - CUP: J95C12001070002-Sede: Quartu Sant'Elena
CONFERMA DI PARTECIPAZIONE

Da far pervenire a mano in via E. Loni, 6 Loc. Su Planu - Selargius (CA), oppure via fax al n. 070-7333109 entro e non oltre le ore 13.00 del giorno venerdì 17 Aprile 2015, pena l'esclusione dal corso.

Il/La sottoscritt _____ nat _____ a _____ (____) il
_____ C.F. _____ e residente
a _____ (____) c.a.p. _____ Via/Piazza _____ n° _____ tel.
abit. _____ cell. _____ Mail: _____

preso atto dell'ammissione alla frequenza del corso sopraindicato in qualità di:

- ALLIEVO EFFETTIVO
 ALLIEVO UDITORE*

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

di non frequentare altro corso di formazione professionale e di non avere rinunciato, in qualità di allievo effettivo, ad altro corso di formazione professionale ancora in fase di svolgimento e di confermare la propria disponibilità alla frequenza, consapevole che il corso prevede l'obbligo di presenza per almeno il 90% delle ore complessive del corso e almeno il 90% delle ore di ciascun modulo formativo

di non confermare la propria partecipazione

DATA, _____

IL DICHIARANTE _____

Allega copia documento di identità in corso di validità

* Agli allievi uditori non sarà corrisposta l'indennità di frequenza e il rimborso viaggio. In caso di rinuncia di un allievo effettivo, in qualsiasi momento dell'attività, l'uditore subentrerà come effettivo.