

CORSO FORMATIVO DIVENTARE ASSISTENTI DOMICILIARI AI MALATI CRONICI

COGNOME	NOME
LUOGO NASCITA	DATA NASCITA
CELLULARE	EMAIL
INDIRIZZO	
VIA _____ N. _____ CITTÀ _____	
CITTADINANZA	IN ITALIA DAL
PERMESSO DI SOGGIORNO Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> IN FASE DI RILASCIO <input type="checkbox"/>	
TITOLO DI STUDIO	
DIPLOMA DI SCUOLA MEDIA <input type="checkbox"/>	
DIPLOMA DI SCUOLA SUPERIORE <input type="checkbox"/> indirizzo _____	
LAUREA <input type="checkbox"/> indirizzo _____	
CORSI FREQUENTATI IN ITALIA OSS <input type="checkbox"/> ASA <input type="checkbox"/> ALTRO _____	
ESPERIENZE LAVORATIVE IN ITALIA COME BADANTE	
ANZIANI <input type="checkbox"/> MALATI CRONICI <input type="checkbox"/> MALATI TERMINALI <input type="checkbox"/>	
PERSONE CON DEMENZA <input type="checkbox"/> ALTRO _____	
CONOSCENZA DELL'ITALIANO MADRELINGUA <input type="checkbox"/> BUONA <input type="checkbox"/> MEDIA <input type="checkbox"/> SCARSA <input type="checkbox"/>	
COME È VENUTO A CONOSCENZA DEL CORSO?	
PASSAPAROLA <input type="checkbox"/> INTERNET <input type="checkbox"/> MANIFESTO/VOLANTINI <input type="checkbox"/> ALTRO _____	
DATA	FIRMA
Con la presente, dichiaro di aver preso visione dell'informativa sulla privacy allegata redatta ai sensi dell'art. 13 del regolamento UE 2016/679 (GDPR).	

INVIARE VIA EMAIL A: progetto.umana@asst-fbf-sacco.it

Per informazioni o chiarimenti contattare la segreteria del corso al numero: 02/6363.2636