

# *OPERATORE SOCIO ASSISTENZIALE*

NOME

---

COGNOME

---

DATA e LUOGO DI NASCITA

---

TELEFONO

---

EMAIL

---

TITOLO DI STUDIO

---

ATTIVITA' PROFESSIONALE

---

CODICE FISCALE/P. IVA

---

**Scheda d'iscrizione  
Corso O.S.A.  
A.F.2006/2007**

A ricevimento della quota di iscrizione sarà spedita fattura o ricevuta quietanza intestata secondo le indicazioni fornite.

**INTESTAZIONE DELLA FATTURA / RICEVUTA**

NOME E COGNOME.....

DITTA .....

VIA/PIAZZA ..... N° .....

CITTA' ..... PROV. ....

PARTITA IVA/CODICE FISCALE  
.....

Dichiaro di prestare il mio consenso per l'inserimento del mio nominativo nella banca dati CURS, ai sensi del D.lgs 196/03 sulla *Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali*, per ricevere informazioni su future attività formative, con l'esclusione della comunicazione dello stesso a terzi senza preventivo avviso.

DATA

\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

SI PREGA DI RESTITUIRE A:  
CURS - Compagnia Universitari Ricerche Sociali Soc. Cop.  
Via Trapani 1/D - 90141 Palermo