|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Provincia di Sassari |  | Distretto Sanitario di Ozieri |

**All’Ufficio di Piano del PLUS Comune di Ozieri**

**Via Vittorio Veneto n. 11**

**07014 Ozieri**

[protocollo@comune.ozieri.ss.it](mailto:protocollo@comune.ozieri.ss.it)

**OGGETTO**: Domanda di iscrizione e scelta sede Corso “Diventare Amministratore di Sostegno.”

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cod.Fisc.(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Prov.)\_\_\_\_\_\_\_(CAP)\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**CHIEDE**

Di essere ammesso/a a partecipare al Corso di formazione promosso dal Plus di Ozieri, necessario per l’iscrizione al Registro Distrettuale degli Amministratori di Sostegno;

**DICHIARA**

-Di scegliere come sede per la frequenza delle lezioni nella sede di:

* Ozieri ;
* Bono

-Di aver preso visione dell’Informativa sulla Privacy allegata alla presente

-Di prestare il consenso, per le medesime finalità, al trattamento dei dati personali classificabili come “sensibili” ai sensi degli Artt. 13 E 14 del Regolamento Europeo 2016/679 (“GDPR”);

ALLEGA al presente modello copia del documento di riconoscimento in corso di validità

Data e Luogo

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_