



Ente di Formazione Professionale Autorizzato dalla Regione Campania
Cod. Ente 796

RICHIESTA ISCRIZIONE

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (prov. ____) il ____ / ____ / ____
C.F. _____ e residente in _____
(prov. ____) alla via _____ n° _____ ,
tel. _____ cell. _____ Titolo di studio _____
Email _____

CHIEDE

a codesto spettabile Ente accreditato dalla Regione Campania di essere iscritto al seguente corso

- OSS (400 ORE ESSENDO IN POSSESSO DEL TITOLO OSA)
 OSS (1000 ORE NON ESSENDO E IN POSSESSO DI TITOLO PROPEDEUTICO)
 OSSS (400ORE ESSENDO IN POSSESSO DEL TITOLO DI OSS)

I corsi sono riconosciuti dalla Regione Campania

All'uopo allega fotocopia: documento di riconoscimento, codice fiscale, titolo di studio- titolo Osa
nel caso di iscrizione al corso OSS integrativo- titolo OSS nel caso di iscrizione al corso OSSS

Lo/La stesso/a dichiara di essere a conoscenza che in caso di assenza all'esame finale potrà essere
riammesso ad altra seduta solo se farà pervenire idonea certificazione medica attestante lo stato
di infermità entro 24 ore dalla seduta di esame, insieme alla richiesta di riammissione.

Napoli, lì _____

Il dichiarante

SPAZIO RISERVATO ALL'ENTE GESTORE

La presente domanda d'iscrizione viene protocollata al n° _____ in data ____ / ____ / ____

ALMA POINT S.R.L.

Corso Arnaldo Lucci, 96—Via Campegnà 72 Napoli
Telefono 081-5541416— 081-204737-Fax 0815545920
marketing@almapoint.com