

**Alla Segreteria
A.S.S.M SpA
Corso Garibaldi 78
62029 TOLENTINO**

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____;

codice fiscale _____

residente a _____ CAP _____ in Via _____;

telefono _____ e-mail _____;

chiede di essere ammesso/a a partecipare al Corso di Formazione per ADDETTO ALLE CURE TERMALI.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

a) di essere nato/a il _____ a _____

b) di essere in possesso del seguente titolo di studio:

conseguito nell'anno _____ con votazione _____

Dichiara inoltre:

c) di acconsentire espressamente - ai sensi e agli effetti di cui al DLgs 196/2003 - al trattamento dei dati personali e sensibili contenuti nella presente domanda, ai seguenti scopi:

- operazioni di selezione da svolgere da parte di apposita commissione giudicatrice;
- adempimenti imposti dalla normativa sulle assunzioni.

d) che ogni comunicazione relativa al Corso di Formazione dovrà essere inviata al seguente indirizzo:

Via _____ n° _____

cap _____ città _____ telefono _____

impegnandosi a comunicare tempestivamente ogni cambiamento del domicilio medesimo.

Il/La sottoscritto/a dichiara infine, sotto la sua responsabilità, che tutti i dati e le notizie riportati nella presente domanda rispondono al vero, nella consapevolezza che la comunicazione di notizie false o comunque inesatte o incomplete comporta l'esclusione dal Corso e qualora dovesse risultare in un momento successivo all'eventuale assunzione, la risoluzione del rapporto di lavoro.

Data _____

Firma _____

Allegato: COPIA DOCUMENTO DI IDENTITA'