

**RICHIESTA DI VERIFICA**  
**PROVA DI SELEZIONE DEL CORSO O.S.S. (Operatore Socio Sanitario)**  
**ISTITUTO MARGHERITA in RTS con ENAIP IS**  
**8M2UDB7 - 3947 sede di FOGGIA- FG**

//La sottoscritto/a

<b>COGNOME</b>	<b>NOME</b>
<b>Luogo di nascita</b> (città e Provincia)	<b>Data di nascita</b>
<b>Cittadinanza</b>	<b>Codice Fiscale</b>
<b>Residente a</b> (città e Provincia)	<b>CAP</b>
<b>Indirizzo</b>	
<i>Compilare se diverso dalla residenza</i>	
<b>Domiciliato/a a</b>	<b>CAP</b>
<b>Indirizzo</b>	
<b>Codice fiscale</b>	
<b>Telefono fisso</b>	<b>Cell.</b>
<b>e-mail</b> (scrivere in stampatello)	@
<b>Documento identità</b>	<b>N°</b>
<b>Rilasciato da</b>	<b>In data</b>

## CHIEDE

risultando **NON IDONEO ALLA PROVA ORALE**, di poter visionare la propria prova di **SELEZIONE** del corso per il conseguimento della qualifica professionale di “O.S.S. – Operatore Socio Sanitario” approvato dalla Regione Puglia, nell’ambito dell’Avviso Pubblico 1/FSE/2018, con D.D. F.P. n. 864 del 03/08/2018, e della D.D. 1347 del 26/11/2018. Al riguardo comunica che la frase scritta di proprio pugno sul foglio risposte della prova è:

### ALLEGA

alla presente domanda seguente documentazione:

1.  FOTOCOPIA DOCUMENTO VALIDO DI IDENTITA'

luogo					firma	
			anno			

**DLgs n° 196/2003 e GDPR (Regolamento UE 2016/679) -Tutela della privacy**

1. i dati da Lei forniti verranno trattati esclusivamente con riferimento al procedimento per il quale ha presentato la documentazione;
2. il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;
3. il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura di Suo interesse;
4. titolare del trattamento è il Legale Rappresentante dell'Istituto Margherita in RTS con ENAIP IS
5. I dati non saranno divulgati o ceduti a terzi;
6. In ogni momento potranno essere esercitati i diritti di cui all'art.7 del DLgs n°196/2003 (accesso, correzione, cancellazione, opposizione al trattamento, ecc.), rivolgendosi direttamente all'Istituto Margherita in RTS con ENAIP IS.

La presente sottoscrizione non necessita di autentica purché trasmessa unitamente a fotocopia di un **documento di identità** di chi sottoscrive.

luogo					firma	
			anno			

La **RICHIESTA DI VERIFICA DELLA PROVA DI SELEZIONE** dovrà pervenire tassativamente, pena l'esclusione, **entro e non oltre il termine perentorio del 27/06/2019 ore 12,30** esclusivamente a mezzo (alternative a scelta del candidato):

- **raccomandata a mano** da presentare alla Segreteria ENAIP IS in Via Luigi Rovelli, 48 - FOGGIA nei giorni e negli orari indicati sui siti internet [www.istitutomargherita.it](http://www.istitutomargherita.it) e [www.formazioneenaipfoggia.it](http://www.formazioneenaipfoggia.it)
- **PEC: [istitutomargherita.formazione@pec.it](mailto:istitutomargherita.formazione@pec.it), specificando all'oggetto "RICHIESTA VERIFICA (nome/cognome)".** Si precisa che la validità legale di tale invio equiparato ad una raccomandata a/r, così come stabilito dalla normativa vigente DPR n.68/2005, è subordinata all'utilizzo da parte del/della Candidato/a di personale casella di posta elettronica certificata (PEC). Non sarà ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata alla PEC indicata. La richiesta, debitamente sottoscritta, gli allegati e la fotocopia di documento valido d'identità dovranno essere inviati in formato PDF.