



## DOMANDA DI ISCRIZIONE

### Progetto WELL-COM

#### Corso "OPERATORE OLISTICO DEL BENESSERE"

CUP F14C24000260009 – SIGEM 23027DP000000098

Nome

---

Cognome

---

Data di nascita

---

Comune di nascita

Prov.

---

Stato di nascita

---

Nazionalità

---

Codice fiscale

---

Numero telefono

---

Numero cellulare

---

E-mail

---

#### RESIDENZA

Via / Piazza

N°

---

Comune

---

C.A.P.

Prov.

---

#### TITOLO DI STUDIO

- Licenza Elementare;
- Licenza di scuola media inf.;
- Diploma di scuola media sup. triennale;
- Diploma di scuola media sup. quinquennale;
- Diploma di laurea triennale;
- Diploma di laurea quinquennale;
- Master di specializzazione.

#### CONDIZIONE PROFESSIONALE

- Inoccupato
- Disoccupato da meno di 6 mesi;
- Disoccupato da 6 a 12 mesi;
- Disoccupato da più di 12 mesi;
- Percettore di ammortizzatore sociale o supporto al reddito (Mobilità, NASPI, ADI, SFL ecc.) ;



Chiede di essere iscritto al corso:  
**OPERATORE OLISTICO DEL BENESSERE**  
Approvato dalla Regione Lazio con DD. N. G14959 del 11/11/2024

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che l'ammissione al corso richiede il superamento delle prove di selezione che verranno comunicate il 31 MARZO 2025.

Il sottoscritto dichiara che la presente vale come autocertificazione prodotta sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art. 47 del DPR 28/12/2000, n. 445, ed essendo a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso DPR 28/12/2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci, che tutte le informazioni contenute nella presente domanda corrispondono al vero.

Autorizzo il trattamento dei dati personali in base ai sensi della Legge n. 196/2003 e successive modifiche.

Firma

---

Allego alla presente:

- **fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità**
- **codice fiscale/tessera sanitaria**
- **DID – Dichiarazione di immediata disponibilità**
- **Se straniero extracomunitario, permesso di soggiorno in corso di validità che consenta l'esercizio di un'attività lavorativa.**