



**PERCORSI FORMATIVI PER OPERATORE SOCIO SANITARIO  
DGR 688 DEL 16/05/2017**

**AVVISO PUBBLICO**

Si informa che a seguito delle procedure di selezione interna relativamente al percorso formativo per OSS codice intervento n. \_\_\_\_\_, sono risultati disponibili n. \_\_\_\_\_ posti.

Pertanto si invitano gli interessati risultati idonei alla prova di selezione del 02/10/2019 a presentare domanda di ammissione al corso entro e non oltre il \_\_\_\_\_ a mezzo \_\_\_\_\_<sup>1</sup>

Data, \_\_\_\_\_

Il Responsabile del corso

<sup>1</sup> Lo strumento adottato deve garantire la tracciabilità della trasmissione.



REGIONE DEL VENETO

LOGO SOGGETTO  
ATTUATORE**DOMANDA DI ISCRIZIONE**  
**ai fini dell'ammissione al percorso formativo per Operatore Socio Sanitario**

cod. intervento \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
cognome nome

|  |                  |           |        |                          |           |                          |       |  |
|--|------------------|-----------|--------|--------------------------|-----------|--------------------------|-------|--|
| Dati richiedente<br>(compilare in stampatello) | Cognome          |           |        |                          |           |                          |       |  |
|  | Nome             |           |        |                          |           |                          |       |  |
|  | Sesso            |           | M      | <input type="checkbox"/> | F         | <input type="checkbox"/> |       |  |
|  | Luogo di Nascita |           |        |                          |           |                          | Prov. |  |
|  | Data di nascita  |           |        | Cittadinanza             |           |                          |       |  |
|  | Residenza        | Indirizzo |        |                          |           |                          |       |  |
|  |                  | Comune    |        | Prov.                    |           | CAP                      |       |  |
|  | Domicilio        | Indirizzo |        |                          |           |                          |       |  |
|  |                  | Comune    |        | Prov.                    |           | CAP                      |       |  |
|  | Codice fiscale   |           |        | E-mail                   |           |                          |       |  |
| Telefono                                       | Abitazione       |           | Lavoro |                          | Cellulare |                          |       |  |

**CHIEDE**

L'ammissione al percorso formativo per OSS, codice intervento sopra indicato.

Dichiara di essere risultato idoneo con il punteggio di \_\_\_\_\_, alla prova di selezione per l'ammissione al percorso formativo per OSS codice intervento \_\_\_\_\_ dell'Organismo di Formazione \_\_\_\_\_ approvato con Decreto del Direttore della Direzione Formazione e Istruzione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_<sup>2</sup>

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Data, \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> Specificare il numero e la data del decreto di approvazione del progetto.