



REGIONE DEL VENETO

LOGO SOGGETTO  
ATTUATORE

## DOMANDA DI ISCRIZIONE

ai fini dell'ammissione al percorso formativo per Operatore Socio Sanitario

cod. progetto 5133-2-1124-2020Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
cognome nome

Dati richieste (compilare in stampato)	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 progetto sopra indicato.

Dichiara di essere risultato idoneo con il punteggio di \_\_\_\_\_, alla prova di selezione per l'ammissione al percorso formativo per OSS cod. progetto \_\_\_\_\_ dell'Organismo di Formazione \_\_\_\_\_ approvato con Decreto del Direttore della Direzione Formazione e Istruzione n.747 del 23/09/2020.

FIRMA DEL RICHIEDENTE

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

\_\_\_\_\_