



**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 progetto n. 26/002/718/DEC/2017<sup>1</sup>, sono risultati disponibili n. 1 posto.

Pertanto si invitano gli interessati risultati idonei alla sessione di selezione del 26/07/2017 a presentare domanda di ammissione al corso entro e non oltre il 24/08/2017 a mezzo Mail: [corsioss@scformazione.org](mailto:corsioss@scformazione.org)<sup>2</sup>

Data, 03/08/2017

Il Responsabile del corso  
Radames Biondo

<sup>1</sup> Specificare la data della prova di selezione unica di riferimento.

<sup>2</sup> Lo strumento adottato deve garantire la tracciabilità della trasmissione.

**REGIONE DEL VENETO**

## DOMANDA DI ISCRIZIONE ai fini dell'ammissione al percorso formativo per Operatore Socio Sanitario

cod. progetto \_\_26/002/718/DEC/2017\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

cognome

nome

<b>Dati richiedente</b> (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 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. \_718 \_ del 30/06/2017\_<sup>3</sup>

FIRMA DEL RICHIEDENTE

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

\_\_\_\_\_

<sup>3</sup> Specificare il numero e la data del decreto di approvazione del progetto.