



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

**cod. progetto 26/5/688/2017**

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

<b>Dati richiedente (compilare in stampatello)</b>	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. 550 del 05.06.28<sup>1</sup>

FIRMA DEL RICHIEDENTE

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

<sup>1</sup> Specificare il numero e la data del decreto di approvazione del progetto.