



**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. **6615/002/798/DEC/19**, sono risultati disponibili n. **09** 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 **09/10/2019** a mezzo mail a **corsi-oss@lepidorocco.com**<sup>1</sup>

Data 03/10/2019

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 6615/002/798/DEC/19Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
cognome nome

Dati richiedente (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.