



REGIONE DEL VENETO



FONDAZIONE

LEPIDO ROCCO

**DOMANDA DI ISCRIZIONE**  
**ai fini dell'ammissione al percorso formativo per Operatore Socio Sanitario**  
**cod. intervento 6615/002/798/DEC/19**

Il 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.