



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

**cod. corso 1042/002/1129/DEC/21**

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

Dati richiedente (compiare 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 sopra indicato.

Dichiara di essere risultato idoneo con il punteggio di \_\_\_\_\_, alla prova di selezione per l'ammissione al percorso formativo per OSS codice \_\_\_\_\_ dell'Organismo di Formazione \_\_\_\_\_ approvato con Decreto del Direttore della Direzione Formazione e Istruzione n. 23 Marzo 2022

FIRMA DEL RICHIEDENTE

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