



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

cod. intervento 1042-6-688-217

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.798 del 8 luglio 2019¹

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Data, _____

¹ Specificare il numero e la data del decreto di approvazione del progetto.