REGIONE DEL VENETO

ISFIDPRISMA FORMAZIONE E CONSULENZA

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

cod. intervento 1042-5-688-217

Il sottoscritto _____
cognome nome

Dati richiedente (compilare in stampatello)	Cognome							
	Nome							
	Sesso			M	☐	F	☐	
	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 2019[1]

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Data, _____ _____

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