



**PERCORSI FORMATIVI PER OPERATORE SOCIO SANITARIO  
DGR 1124 DEL 06/08/2020**

**AVVISO PUBBLICO**

Si informa che a seguito delle procedure di selezione interna relativamente al percorso formativo per OSS codice progetto n. 1541/031/747/dec/20, sono risultati disponibili n. 8 posti.

Pertanto si invitano gli interessati risultati idonei alla sessione di selezione del 15/04/2021<sup>1</sup> a presentare domanda di ammissione al corso entro e non oltre il 13/07/2021 a mezzo mail all'indirizzo [corsiformazione@codess.org](mailto:corsiformazione@codess.org)<sup>2</sup>

Padova, 14/07/2021

Il Responsabile del corso

**Codess Sociale**  
Società Cooperativa Sociale - ONLUS  
Sede leg. Presidenza Direzione Amm.ne  
Via Boccaccio, 96 - 35128 PADOVA (PD)  
Cod. Fiscale e Part. IVA 03174760276

<sup>1</sup> Specificare la data della prova di selezione unica di riferimento.

<sup>2</sup> Lo strumento adottato deve garantire la tracciabilità della trasmissione.



REGIONE DEL VENETO

CODESS  
SOCIALE  
SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE CODESS

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

**cod. progetto 1541/031/747/dec/20 sede Verona- distretto est**

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 progetto sopra indicato.

Dichiara di essere risultato idoneo con il punteggio di \_\_\_\_\_, alla prova di selezione per l'ammissione al percorso formativo per OSS cod. progetto \_\_\_\_\_ dell'Organismo di Formazione \_\_\_\_\_ approvato con Decreto del Direttore della Direzione Formazione e Istruzione n.747 del 23/09/2020.

FIRMA DEL RICHIEDENTE

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

\_\_\_\_\_