



**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. 1541/035/747/dec/20, sono risultati disponibili n. 8 posti.

Pertanto si invitano gli interessati risultati idonei alla sessione di selezione del 22/10/2020¹ a presentare domanda di ammissione al corso entro e non oltre il 27/11/2020 a mezzo mail all'indirizzo corsiformazione@codess.org²

Padova, 25/11/2020

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

¹ Specificare la data della prova di selezione unica di riferimento.

² Lo strumento adottato deve garantire la tracciabilità della trasmissione.



REGIONE DEL VENETO



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

cod. progetto 1541/035/747/dec/20 sede Verona Distretto Città

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, _____
