



**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. 1541/015/747/DEC/20, sono risultati disponibili n. 2 posti.

Pertanto si invitano gli interessati risultati idonei alla sessione di selezione del 22/10/2020<sup>1</sup> a presentare domanda di ammissione al corso entro e non oltre il 10/01/2021 a mezzo mail all'indirizzo [corsiformazione@codess.org](mailto:corsiformazione@codess.org)<sup>2</sup>

Padova, 04/01/2021

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 1541/015/747/DEC/20 sede Padova**

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

|  |                  |           |  |  |        |              |                          |  |           |   |                          |
|--|------------------|-----------|--|--|--------|--------------|--------------------------|--|-----------|---|--------------------------|
| Dati richiedente<br>(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, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_