



REGIONE DEL VENETO



ALLEGATO all'Avviso di Selezione CORSI OSS II EDIZIONE 2017/2018

**Modulo iscrizione alle prove selettive per l'ammissione al  
Corso integrativo Operatore Socio Sanitario (OSS) II EDIZIONE  
per Diplomatisti e Frequentanti la classe quinta degli IPSSS del Veneto**

**Anno formativo 2017/18**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

all'Istituto Professionale a indirizzo "Servizi socio-sanitari" "SACRA FAMIGLIA" - Via Nascimbeni 10 - VERONA  
di essere iscritto/a allo svolgimento delle prove scritte oggetto della presente, che avranno luogo presso  
l'IPS sede del Corso, **venerdì 12 Gennaio 2018, dalle ore 9 alle ore 10.30**, salvo diverse disposizioni, che  
saranno tempestivamente comunicate.

Dichiara:

- di aver conseguito il Diploma in "Servizi socio-sanitari" nell'anno ..... presso l'Istituto di  
istruzione ..... di....., con il voto di.....
- di frequentare regolarmente la classe quinta dell'indirizzo "Servizi socio-sanitari" diurno/serale  
(sottolineare l'opzione prescelta) presso l'Istituto di istruzione .....  
di.....

Si allega:

- Copia di documento di riconoscimento valido
- Ricevuta del versamento di 20 euro
- Permesso di soggiorno (nel caso di persone extracomunitarie)

Data: \_\_\_\_\_

Firma del richiedente  
\_\_\_\_\_

**PER TUTTE LE INFORMAZIONI CONSULTARE IL BANDO E IL SITO WEB DELLA SCUOLA DI ISCRIZIONE**

I dati del presente modulo sono resi sotto la propria personale responsabilità, consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni  
si incorrerà nelle sanzioni stabilite dalle leggi in materia, ai sensi degli artt. 19, 46 e 47 del d.p.r. 445/2000

FIRMA \_\_\_\_\_

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai sensi del D.lgs. 196 del 30 giugno 2003, per le finalità connesse alla  
gestione dei corsi.

FIRMA \_\_\_\_\_