

## Modulo di ISCRIZIONE al Corso Operatore Socio Sanitario (O.S.S.)

**VERSO LA QUALIFICA DI OSS. Percorsi di integrazione delle competenze per diplomati degli Istituti scolastici ad indirizzo Servizi Socio Sanitari-Percorso curriculare**

(DGR n. 663/2018- Decreto n. 1098/2019)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

cittadinanza \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_

### DICHIARA

- Di aver conseguito il Diploma in “Servizi Socio-sanitari” nell’anno scolastico \_\_\_\_\_ presso l’IPS \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ con valutazione \_\_\_\_\_
- Di frequentare regolarmente la classe quinta dell’indirizzo “Servizi Socio Sanitari” diurno/serale presso l’IPS \_\_\_\_\_

### CHIEDE DI

#### DI POTER ISCRIVERSI AL SUDETTO CORSO INTEGRATIVO ANNI 2019-2020

#### DOCUMENTI DA CONSEGNARE CON LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA d’ISCRIZIONE:

- Fotocopia del documento di identità fronte-retro
- Fotocopia del codice fiscale
- Fotocopia del permesso di soggiorno
- Fotocopia del titolo di studio (con la valutazione) o della “pagellina” dell’anno scolastico appena concluso

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

FIRMA  
\_\_\_\_\_

**Esprime altresì il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del Reg. UE 679/2016, ai fini della frequenza al corso.**

Chiede che ogni comunicazione venga spedita all’indirizzo di posta elettronica indicato.

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

FIRMA  
\_\_\_\_\_