



**Modulo pre-iscrizione alle prove selettive per l'ammissione al  
Corso integrativo Operatore Socio Sanitario (OSS)  
per Diplomatici degli IPSSS del Veneto  
Anno formativo 2017/18**

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

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

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

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

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

**CHIEDE**

all'Istituto Professionale a indirizzo "Servizi socio-sanitari" di IS FABIO BESTA - TREVISO  
di poter partecipare alle prove selettive

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 \_\_\_\_\_