



REGIONE DEL VENETO



# DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA SELEZIONE

per il corso regionale a qualifica di

## OPERATORE SOCIO SANITARIO

DGR 811 del 05/07/2022

Il Sottoscritto/La Sottoscritta \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_,  
documento d'identità n° \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (allegare fotocopia del  
documento di identità e del codice fiscale) residente a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_

### CHIEDE

**di essere iscritto alla selezione per il corso di Operatore Socio-Sanitario**

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità,

Il Sottoscritto/La sottoscritta inoltre:

### DICHIARA

- ☐ **di essere a conoscenza di quanto contenuto nel bando**
- ☐ di essere cittadino italiano
- ☐ di essere cittadino straniero (allegare copia del permesso di soggiorno)
- ☐ di essere cittadino del seguente stato estero \_\_\_\_\_
- ☐ di non aver riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

Irecoop Veneto  
via Savelli, 128  
35129 Padova  
C.F. 80037180280  
P. IVA 00104920285

T. +39 049 8076143  
F. +39 049 8076136  
E. [info@irecoop.veneto.it](mailto:info@irecoop.veneto.it)  
[irecoopveneto@pec.it](mailto:irecoopveneto@pec.it)  
[www.irecoop.veneto.it](http://www.irecoop.veneto.it)





REGIONE DEL VENETO



Organismo  
di Formazione  
accreditato  
dalla Regione  
del Veneto



## DICHIARA

☐ di aver assolto al diritto-dovere all'istruzione e alla formazione o di essere maggiorenne in possesso del diploma di scuola secondaria di primo grado (terza media) **(DI CUI SI ALLEGA COPIA)**;

oppure

☐ di essere in possesso di titolo di studio conseguito all'estero accompagnato dalla **Dichiarazione di Valore (DI CUI SI ALLEGA COPIA)**;

### Se cittadino straniero o se conseguito il titolo di studio all'estero:

- ☐ Titolo di studio conseguito in Italia -Scuola Media **(DI CUI SI ALLEGA COPIA)**;
- ☐ Attestato di qualifica professionale conseguito in Italia a seguito di percorso formativo di formazione professionale iniziale articolato su ciclo triennale. **(DI CUI SI ALLEGA COPIA)**;
- ☐ Diploma di scuola secondaria di secondo grado conseguito in Italia **(DI CUI SI ALLEGA COPIA)**;
- ☐ Diploma di laurea o di dottorato di ricerca conseguito in Italia **(DI CUI SI ALLEGA COPIA)**;
- ☐ Dichiarazione di superamento della prova di lingua rilasciata dalla Regione del Veneto; **(DI CUI SI ALLEGA COPIA)**;
- ☐ Certificato di competenza linguistica rilasciato da enti certificatori, almeno di livello B1 **(DI CUI SI ALLEGA COPIA)**;

## DICHIARA

☐ Di essere in possesso di Eventuale certificazione diagnostica DSA – Disturbi Specifici dell'Apprendimento

## CHIEDE

**di essere iscritto alla selezione del seguente corso per Operatore Socio-Sanitario**

TERRITORIO	SCADENZA DOMANDE DI PREISCRIZIONE	DATE SELEZIONE	DATA AVVIO CORSO	SEDE
AULSS 8 SANDRIGO	25 NOVEMBRE 2024	27 NOVEMBRE 2024	DICEMBRE 2024	Sandrigo (VI)

☐ Ho preso visione dell'Informativa privacy di Irecoop Veneto all'indirizzo

<http://www.irecoop.veneto.it/informativa/trattamento/dati>

Data \_\_\_\_\_ In fede \_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

Irecoop Veneto  
via Savelli, 128  
35129 Padova  
C.F. 80037180280  
P. IVA 00104920285

T. +39 049 8076143  
F. +39 049 8076136  
E. [info@irecoop.veneto.it](mailto:info@irecoop.veneto.it)  
[irecoopveneto@pec.it](mailto:irecoopveneto@pec.it)  
[www.irecoop.veneto.it](http://www.irecoop.veneto.it)

