



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



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 BERICA (VI)	12 SETTEMBRE 2025	15 SETTEMBRE 2025	OTTOBRE 2025	CASA DI RIPOSO "SAN GIOVANNI BATTISTA" Via Trento 9 – 36054 Montebello Vicentino (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)