

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROVA SELETTIVA DEL CORSO
PER OPERATORE SOCIO SANITARIO - ANNO 2026/2027
(DGR n. 883 del 29/07/2025 – DDR n. 1209 del 15/10/2025)**

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci (art. 76, DPR 445/2000)

Dichiara sotto la propria responsabilità:

COGNOME E NOME: _____

di essere nat_____ a _____ il _____

di essere Cittadino _____

di essere residente a _____ (____) cap _____

via _____ n. _____

telefono _____ indirizzo mail _____

CODICE FISCALE _____

di essere in possesso del seguente titolo di studio:

Se cittadino straniero:

☐ HA SOSTENUTO LA PROVA DI LINGUA ITALIANA ed ha conseguito il certificato di competenza linguistica
di livello B1 STANDARD rilasciato da _____

oppure:

☐ titolo di studio conseguito in Italia _____

Inviare la *Domanda di Partecipazione alla Prova Selettiva del corso OSS*, compilata e firmata, via mail a formazionecontinua@cfptrissino.it con i seguenti documenti: fotocopia carta identità, fotocopia codice fiscale, fotocopia titolo di studio (con Dichiarazione di Valore o Attestato di comparabilità rilasciato da CIMEA se titolo di studio conseguito all'estero), fotocopia di certificazione linguistica B1 STANDARD e fotocopia permesso di soggiorno per cittadini stranieri.

Si ricorda che informazioni dettagliate relative all'incentivo (voucher) devono essere richieste al Centro per l'Impiego di riferimento. L'incentivo dovrà essere richiesto prima dell'avvio del corso.

☐ ***Dichiaro inoltre di aver preso visione dell'Informativa relativa al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 e ss. Regolamento UE 679/2016 (il "Regolamento" o "GDPR") e del d.lgs. 196/2003 e s.m.i. allegata.***

Data, _____

Firma
