



REGIONE DEL VENETO



Spett.le  
GRUPPOFORMAZIONE SRL  
Viale del Lavoro 37  
37135 Verona

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_

cap \_\_\_\_\_ località \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

titolo di studio: \_\_\_\_\_

cellulare: \_\_\_\_\_ telefono abitazione: \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

chiede

di poter essere ammesso/a alle selezioni per partecipare al percorso formativo

### “OPERATORE SOCIO SANITARIO”

autorizzato dalla Regione del Veneto con DGR 1124/20

dichiara di:

- assolvere al diritto dovere all’istruzione e formazione professionale ai sensi della normativa vigente;
- aver già compiuto 18 anni d’età;
- essere in possesso del titolo di scuola secondaria di primo grado (licenza media).

*Ai sensi del regolamento (UE) n. 679/2016 (“GDPR”), autorizzo all’inserimento dei dati personali in banca dati informatizzata e al trattamento degli stessi per fini di selezione e relative comunicazioni.*

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Documenti da Allegare:

- fotocopia documento di identità (fronte e retro);
- copia codice fiscale;
- eventuale certificato di competenza linguistica;
- copia del titolo di studio (vedi sezione Requisiti di Accesso sul sito)

#### In caso di titoli conseguiti all’estero e cittadini stranieri

- dichiarazione di Valore
- certificato di competenza linguistica rilasciato da enti certificatori, almeno di livello B1

INVIARE LE DOMANDE COMPILATE E CON I RELATIVI ALLEGATI ALL’INDIRIZZO [SELEZIONEOSS@GRUPPOFORMAZIONE.IT](mailto:SELEZIONEOSS@GRUPPOFORMAZIONE.IT)