

Il sottoscritto/a _____ nato a _____
Prov. _____ e residente a _____ in _____,
iscritto al corso di riqualificazione in Operatore Socio Sanitario (OSS), ai sensi del D.A. n. 1613 del
08/10/2014, presso l'Ente Organizzatore _____

DICHIARA

la propria disponibilità a svolgere il tirocinio esclusivamente presso le Strutture indicate nella sezione "Tirocinio" delle Linee guida per la riqualificazione in Operatore Socio Sanitario; nel dettaglio, le Strutture ospedaliere del SSR pubbliche o private convenzionate, i Servizi Territoriali delle Aziende Sanitarie, le Residenze Sanitarie Assistite (RSA), i Centri di Riabilitazione, i servizi di Assistenza Domiciliare Integrata.

Data

Firma
