

(su carta intestata dell'Istituto)

Cod. Ente:

**Inviarlo esclusivamente via e-mail al seguente indirizzo:**  
***terza.area@regione.veneto.it***

**Oggetto:** Terza Area - corsi per OSS: verbale di idoneità al II Modulo.  
Biennio Formativo 200 /200 - DDR di riconoscimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

Cod. corso	Tipo corso	Titolo corso	Ore	Sede

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_, in qualità di Dirigente  
Scolastico dell'Istituto \_\_\_\_\_, con sede legale in \_\_\_\_\_,

in data \_\_\_\_\_ il Collegio docenti composto da:

[illegible]

ha svolto gli scrutini relativi all'accertamento dell'idoneità al passaggio dal primo al secondo modulo di frequenza degli allievi del corso n. \_\_\_\_\_ per Operatore Socio-Sanitario riconosciuto con D.D.R. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ della durata di 1000 ore, con i seguenti risultati:

[illegible]


DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ DI VALUTAZIONE DELL'ALLIEVO  
(interrogazioni, test, prove di simulazione, ecc.)

OSSERVAZIONI

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_

*Indicare nome e cognome*

Persona da contattare per informazioni:

- tel. ....