

MODELLO 9 - Verbale di idoneità al II Modulo



(su carta intestata dell'Istituto)

Prot. n.

Cod. Ente:

Alla GIUNTA REGIONALE DEL VENETO
Direzione Regionale Istruzione
Fondamenta S. Lucia-Cannaregio 23
30121 VENEZIA

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 _____.

COMUNICA CHE

in data _____ il Collegio docenti composto da:

- ---

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:

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.