

**MODULO DI FORMAZIONE COMPLEMENTARE IN ASSISTENZA IN ASSISTENZA
SANITARIA PER OSS**

AF 2022-2023

ELENCO ALLIEVI AMMESSI AL CORSO

PROVVEDIMENTO DIRIGENZIALE ESTAR N. 1265 DEL 15/09/2022

NUM.	COGNOME	NOME
1	ACONOSI	MARCELLA
2	ARRIGHINI	MAURIZIO
3	BALDUCCI	CRISTINA
4	BARBIERI	ILARIA
5	BARSANTI	VERUSKA
6	BERTOLA	TIZIANA
7	BOCCASSO	SILVANO
8	CALVI	MARIA
9	CARBONE	FERMINA
10	CARLONI	CHIARA
11	CECCHINI	BARBARA
12	CERPA SEQUEIROS	LALY
13	COLOMBA	DONATELLA
14	DONATI	ELEONORA
15	FAMBRINI	SABRINA
16	FORTUNATO	CRISTIANE
17	FRANCHI	STEFANIA
18	GIOVARRUSCIO	SABRINA
19	LUCENTE	DARIO
20	MANZO	ANNARITA
21	MARETTI	GIANLUCA

22	MARTELLI	MONICA
23	MAZZANTINI	SIMONETTA
24	NORSCIA	MELISSA
25	ORSI	LAURA
26	PIRVU	MARIANA
27	SALVATORI	MAIRA
28	SANTI	MICHELA
29	STEFANI	LISA
30	TACCINI	IRENE

Gli allievi ammessi al corso devono inviare la lettera di accettazione che è allegata di seguito, all'indirizzo ce.conforti@ao-pisa.toscana.it **entro il 05/10/2022**

Ai Candidati ammessi al modulo di formazione complementare in assistenza sanitaria per OSS

Con la presente si comunica la sua ammissione al modulo di formazione complementare in assistenza sanitaria per Operatore Socio Sanitario, essendo utilmente collocato nella graduatoria finale.

La sede di svolgimento è presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana.

Per perfezionare l'accettazione della ammissione al Corso la invitiamo a restituire esclusivamente all'indirizzo mail **ce.conforti@ao-pisa.toscana.it**

- copia della presente compilata in maniera leggibile e firmata entro, e non oltre, il giorno **5 OTTOBRE 2022**.

In mancanza di comunicazione di accettazione/rinuncia entro il termine indicato, sarà considerata/o rinunciataria/o e si procederà a scorrimento della graduatoria.

Il Polo didattico provvederà a contattare i candidati ammessi per comunicare giorno, orario e modalità di svolgimento di un incontro preliminare all'inizio dei corsi.

VISITA MEDICA

Gli ammessi che hanno comunicato l'accettazione, verranno contattati dal Polo didattico per l'effettuazione della visita medica di idoneità alla frequenza del Corso.

Distinti saluti.

Pisa, 28/09/2022

Il Direttore U.O. Politiche e Gestione delle Risorse Umane

F.to Dott.ssa Gabriella Pellegrini

Il sottoscritto _____ nato il _____,

☐

ACCETTA

☐

RINUNCIA

_____ (data)

_____ (firma)