

Allegato A)

Al Direttore

ASSP CORTINA

Via della Difesa, 12

32043 CORTINA D'AMPEZZO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ C.F. _____

residente a _____ in Via _____

CAP _____ tel _____ Cell* _____

e-mail* _____

*campo obbligatorio

CHIEDE

Di essere ammesso alla selezione per la costituzione di una graduatoria di idoneità per assunzioni nel profilo di

OPERATORE SOCIO SANITARIO

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, nonché della decadenza dei benefici prodotti dai provvedimenti emanati sulla base di dichiarazioni non veritiero ai sensi dell'art.75 D.P.R. 445/2000, dichiara:

(barrare i vari punti per i quali si dichiara)

- Di aver preso visione dell'avviso di selezione di cui Vs. prot. n. _____ del _____ e di accettarne tutte le condizioni;
- Di essere cittadino italiano
- Di essere cittadino del seguente Stato membro dell'Unione Europea: _____

- Di essere cittadino extracomunitario del seguente Stato _____
in possesso di regolare permesso di soggiorno:
n. _____ rilasciato da _____ il _____
- Di aver compiuto i 18 anni di età;
- Di possedere l'idoneità alla mansione specifica di Operatore Socio Sanitario;
- Di non avere subito condanne penali passate in giudicato comportanti lo stato di interdizione o misure che escludono, secondo le leggi vigenti, dalla nomina agli impieghi presso enti pubblici;

- Di autorizzare l'Azienda al trattamento dei dati personali forniti, per l'esecuzione degli adempimenti relativi la presente selezione e agli eventuali successivi rapporti di lavoro che dovessero instaurarsi tra le parti, nel rispetto del Regolamento generale sulla protezione dei dati (GDPR, General Data Protection Regulation - Regolamento UE 2016/679) e successive modifiche ed integrazioni in materia di privacy;
- Di essere a conoscenza ed accettare la previsione dell'avviso circa le modalità di notifica ai candidati delle date in cui si effettueranno la/le prove di selezione;
- Di aver conseguito la qualifica di OPERATORE SOCIO SANITARIO o titolo reso equipollente dalla normativa vigente, presso _____ il _____ autorizzato dalla Regione _____ con Provvedimento n. _____ del _____
- Di aver maturato n. _____ anni e n. _____ mesi di esperienza nella qualifica di addetto all'assistenza presso strutture residenziali e semiresidenziali per anziani o servizi domiciliari come di seguito specificato:

- Di aver effettuato i seguenti corsi di formazione obbligatoria:

- Primo soccorso n. ore _____ data _____
- Prevenzione incendi alto rischio n. ore _____ data _____
- Sicurezza sul lavoro n. ore _____ data _____

Allega:

- Curriculum vitae
 - Fotocopia (non autenticata) di un documento di identità in corso di validità del dichiarante
- Dichiara che l'indirizzo mail utile per le comunicazioni previste dall'avviso di selezione è il seguente:

Chiede che ogni eventuale comunicazione non rinvenibile sul sito sia inviata all'indirizzo mail sopra indicato.

Luogo e data

Firma leggibile del dichiarante

In caso di spedizione a mezzo posta elettronica, la sottoscrizione della domanda avverrà contestualmente al colloquio di selezione.