

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 veritiere 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.