

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.