

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 _____ 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. 546 del 24/09/2021 e di accettarne tutte le condizioni;
- Di essere cittadino italiano / di altro Stato membro dell'Unione Europea/cittadino extracomunitario in possesso di regolare permesso di soggiorno (cancellare le voci che non ricorrono);
- Di aver compiuto i 18 anni di età;
- Di possedere l'idoneità psicofisica all'espletamento delle mansioni da svolgere;
- 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 essere in possesso del seguente titolo di studio _____

Conseguito in data _____ presso _____

Di aver maturato n. _____ anni e n _____ mesi di esperienza nella qualifica di Operatore Socio Sanitario 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.