

Spett.le
SOCIALTEAM SRL
Piazzetta Brojluzzo, 7
33097 SPILIMBERGO (PN)

OGGETTO: Richiesta di partecipazione alla selezione pubblica finalizzata alla formazione di una graduatoria di idoneità da cui attingere per eventuali assunzioni a tempo determinato e indeterminato, a tempo pieno o tempo parziale, con la qualifica di "Operatore Socio Sanitario" – da inserire presso le strutture residenziali per anziani di Spilimbergo (PN), Sequals (PN) e Cavasso Nuovo (PN) nel livello 4S del contratto per il personale dei settori socioassistenziali, socio-sanitari ed educativo UNEBA (Prot.4/2021)

Il/La sottoscritto/a, chiede di essere ammesso/a a partecipare alla selezione specificata in oggetto e a tal fine dichiara sotto la propria responsabilità che le dichiarazioni nella presente domanda e quelle rese nei documenti eventualmente allegati sono rese ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modifiche e introduzioni, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R. 445/2000 nell'ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

(barrare SEMPRE con una "X" la casella corrispondente alle dichiarazioni da effettuare, NON BARRARE LA CASELLA EQUIVALE A DICHIARAZIONE NON RESA)

Scrivere in stampatello maiuscolo leggibile

DICHIARA

di essere nato/a _____ (prov. _____) il
_____ stato civile: _____ n. figli _____ e di essere residente
a _____ cap. _____ prov. _____ Via/P.zza
_____ n. _____ codice fiscale
_____ telefono fisso _____ cellulare
_____ indirizzo di posta elettronica:
_____ eventuale indirizzo relativo alla casella di Posta
Elettronica Certificata (PEC) di cui è titolare _____

che il domicilio e i recapiti telefonici presso i quali effettuare ogni comunicazione in caso di necessità sono i seguenti (*specificare SOLO quelli diversi da quelli indicati al punto precedente*):

Città _____ cap. _____ prov. _____

Via/P.zza _____ n. _____ telefono fisso _____

_____ cellulare _____

- di essere cittadino/a italiano/a;
- di essere (per i cittadini appartenenti ad uno Stato dell'Unione Europea o extracomunitario) cittadino/a dello Stato _____
- di avere adeguata conoscenza della lingua italiana (solo per i cittadini UE o extracomunitari aventi diritto);
- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____;
- di non essere iscritto/a nelle liste elettorali in quanto _____

-
- di godere dei diritti civili e politici nello stato di appartenenza o di provenienza;
 - di non aver mai riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;
 - di aver riportato condanne penali o avere i seguenti procedimenti penali in corso:

- di avere l'idoneità psico-fisica alle mansioni inerenti l'impiego;
- di essere in possesso del diploma/licenza della SCUOLA MEDIA DELL'OBBLIGO (TITOLO DI STUDIO NECESSARIO PER L'AMMISSIONE) rilasciato da _____ il _____ (NON ALLEGARE DOCUMENTI);

- di essere in possesso dell'Attestato di OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS) (TITOLO DI STUDIO NECESSARIO PER L'AMMISSIONE) rilasciato da _____ di _____ il _____ della durata di ore _____ (ALLEGARE IL DOCUMENTO)

- di essere in possesso dei seguenti altri titoli di studio conseguiti al termine di un percorso formativo con esame finale (NON ALLEGARE DOCUMENTI):
 - diploma o attestato di _____ rilasciato da _____ città _____ il _____ della durata di ore _____;

- diploma o attestato di _____
rilasciato da _____ città _____ il _____
della durata di ore _____;
- diploma o attestato di _____
rilasciato da _____ città _____ il _____
della durata di ore _____;
- diploma o attestato di _____
rilasciato da _____ città _____ il _____
della durata di ore _____;

- di non essere stato/a destituito/a dispensato/a decaduto/a dall'impiego presso la Pubblica Amministrazione;
- di essere stato/a destituito/a dispensato/a decaduto/a dall'impiego presso la Pubblica Amministrazione per _____
- di aver prestato i seguenti servizi uguali o compatibili con quanto richiesto dal presente avviso (COMPILARE LA TABELLA CHE SEGUE IN OGNI SUA PARTE FORNENDO TUTTE LE INFORMAZIONI RICHIESTE:

DATORE DI LAVORO sia esso pubblico o privato (indicare anche la città)	PERIODO dal _____ al _____	Ore lavorative settimanali (es. 18 ore, 38 ore, ecc....)	Mansioni svolte e tipologia contrattuale (es. contratto a tempo indeterminato o determinato, Co.Co. Co., prestazione occasionale, ecc..... In caso di pubblico impiego specificare il livello e la categoria di inquadramento)

DATORE DI LAVORO sia esso pubblico o privato (indicare anche la città)	PERIODO dal _____ al _____	Ore lavorative settimanali (es. 18 ore, 38 ore, ecc....	Mansioni svolte e tipologia contrattuale (es. contratto a tempo indeterminato o determinato, Co.Co. Co., prestazione occasionale, ecc..... In caso di pubblico impiego specificare il livello e la categoria di inquadramento

- di essere in possesso della patente B e di essere disponibile all'utilizzo dell'auto propria;
- di non essere in possesso della patente B;
- di aver diritto in quanto beneficiario della legge 104/1992 all'ausilio di:

- di autorizzare il trattamento dei dati personali per le finalità specificate nell'Avviso ai sensi del regolamento (UE) 679/2016;

Il sottoscritto/a allega alla presente domanda quanto segue:

- documento di identità in corso di validità (specificare la tipologia)
_____ rilasciato da
_____ Il _____ in corso di validità
(obbligatorio ai fini della validità delle dichiarazioni rese);
- Titolo di qualifica di Operatore Socio Sanitario;
- Curriculum formativo e professionale (aggiornato alla data di sottoscrizione della presente);
- Attestati di formazione obbligatoria o facoltativa relativi al settore per il quale viene presentata la seguente domanda.

data

Firma (leggibile)

.....