

## DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Alla Direzione dell'  
AZIENDA SPECIALE FODOM SERVIZI  
Via Sorarù, 59  
32020 – LIVINALLONGO (BL)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) C.F.  
\_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell\*.  
\_\_\_\_\_ e-mail\* \_\_\_\_\_

### \*campi obbligatori

#### 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:

- di aver preso visione dell'avviso di selezione prot. n. 1267 del 10.12.2021 e di accettarne le condizioni;
- di essere cittadino italiano  di altro Stato membro dell'Unione Europea  cittadino extracomunitario in possesso di regolare permesso di soggiorno;
- 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 Fodom Servizi al trattamento dei dati personali forniti per l'esecuzione degli adempimenti relativi la presente selezione ed agli eventuali successivi rapporti di lavoro che dovessero instaurarsi tra le parti, nel rispetto del GDPR 679/2016 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 della qualifica di Operatore Socio Sanitario L. 845/1978, della L.R. 10/1990 e della L.R. 20/2002 rilasciato dall'Ente accreditato \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ con sede a  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) ottenuto in data  
\_\_\_\_\_

**oppure**

di essere iscritta/o al corso di Operatore Socio Sanitario ai sensi della L. 845/1978, della L.R. 10/1990, e della L.R. 20/2001 o titoli equipollenti indicati dalla Regione Veneto con le DGR 2230/02 e 397/2002 organizzato dall'Ente accreditato

\_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) con data fine corso prevista nel mese di \_\_\_\_\_ dell'anno \_\_\_\_\_;

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;
- Copia del documento di identità.

Dichiara che l'indirizzo e-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 e-mail sopra indicato.

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma del dichiarante

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