

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. 298 del 01.06.2022 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:

dal al mesi /anni	nome struttura/azienda	- sede azienda
-------------------	------------------------	----------------

dal al mesi /anni	nome struttura/azienda	- sede azienda
-------------------	------------------------	----------------

dal al mesi /anni	nome struttura/azienda	- sede azienda
-------------------	------------------------	----------------

dal al mesi /anni	nome struttura/azienda	- sede azienda
-------------------	------------------------	----------------

dal al mesi /anni	nome struttura/azienda	- sede azienda
-------------------	------------------------	----------------

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.