Allegato A)

Al Direttore Generale
Servizi alla Persona Alpago
Longarone Zoldo a.s.c.

Il/la sottoscritto/a _____nato/a il _____

a_____ C.F._____ residente a_____

CAP_____ in via_____n._____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 – CCNL CASE DI CURA AIS AIOP**

SVOLGIMENTO COLLOQUIO DI SELEZIONE: ☐ **IN PRESENZA** ☐ **TELEMATICA**

DISPONIBITA' LAVORATIVA DAL_____

AUTOMUNITO ☐ si ☐no

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 di cui Vs. prot. n 981/2026 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 avere un età non inferiore ai 18 anni compiuti alla data di presentazione della domanda di candidatura;
- di possedere totale l'idoneità psicofisica all'espletamento delle mansioni da svolgere;
- di essere in possesso di patente B
- 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 aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali allegata all'avviso;
- di essere a conoscenza ed accettare le previsione dell'avviso circa le modalità di notifica ai candidati delle date in cui si effettueranno la/le prove di selezione;

BARRARE CASELLE DI INTERESSE E COMPLETARE DESCRIZIONE

☐ DI ESSERE IN POSSESSO DEL SEGUENTE TITOLO ABILITANTE:

_____ _____

Rilasciato dall'Ente accreditato:

_____

In data: _____

Dichiara che tale titolo riscontra il requisito minimo specifico previsto dai requisiti specifici del bando

Dichiara inoltre:
☐ DI AVER MATURATO N _____ ANNI E N_____ MESI DI ESPERIENZA NELLA QUALIFICA DI OPERATORE SOCIO SANITARIO PRESSO STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI **(dovrà essere indicato il periodo di effettiva prestazione lavorativa, vengono esclusi i periodi di tirocinio, stage e percorsi formativi)**

DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI ATTESTATI IN MATERIA DI PREVENZIONE E PROTEZIONE INFORTUNI SUI LUOGHI DI LAVORO:

- ☐ CORSO VVF CONSEGUITO IN DATA _____
- ☐ CORSO FORMAZIONE SICUREZZA PER RISCHIO ELEVATO 16 ORE CONSEGUITO IN DATA_____
- ☐ CORSO PRIMO SOCCORSO CONSEGUITO IN DATA_____
- ☐ AGGIORNAMENTI _____

Allega:

- curriculum vitae
- Fotocopia (non autenticata) di un documento di identità in corso di validità del dichiarante
- Copia del Titolo abilitante alla professione di Operatore socio sanitario ai sensi della Legge 845/1978, della Legge Regionale 10/1990, e della Legge Regionale 20/2001
- copia dell'attestato corso sicurezza D. Lgs. 81, addetto antincendio, primo soccorso (SE POSSEDUTI)

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 istituzionale della Servizi alla Persona Alpago Longarone Zoldo sia inviata all'indirizzo mail sopra indicato.

Luogo e data_____

Firma leggibile del dichiarante

_____

La firma NON deve essere autenticata