

Al Direttore Generale
dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza
Via Torraca, 2
85100 POTENZA

Il/La sottoscritto/a _____ nata/o a
_____ il _____ e residente a _____ in via
_____ n° _____,

C.F. _____

Tel. _____ Cell. _____ Mail _____
(indicare almeno due)

CHIEDE

di essere ammesso/a al Corso di formazione di base per Operatore Socio-Sanitario che si terrà a

Venosa Potenza Lagonegro

INDICARE UNA SOLA SEDE

organizzato da codesta Azienda Sanitaria Locale di Potenza e pubblicato sul BUR della Regione Basilicata n° _____ del _____.

Dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 445/00 e consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazione mendace di:
(scrivere nei campi interessati e barrare le caselle che interessano)

- avere Cognome _____ e Nome _____;
- essere nata/o a _____ il _____;
- essere residente a _____ cap _____ in via _____ n° _____;
- essere in possesso del Diploma di scuola dell'obbligo conseguito presso _____ il _____;
- aver compiuto il diciassettesimo anno d'età alla data di presentazione della domanda di partecipazione al Corso;
- di essere cittadino italiano
- di essere cittadino di uno degli Stati membri della Unione Europea: indicare quale _____

di avere regolare permesso di soggiorno rilasciato il _____ da _____;

- di non aver riportato condanne penali
- di aver riportato le seguenti condanne penali o procedimento penale in corso

indicare l'eventuale titolo che ha estinto il reato

- di essere in possesso del diploma di scuola secondaria di secondo grado (cinque anni) conseguito il _____ presso l'Istituto _____ con sede a _____ in via _____ con votazione ____/60 (in lettere _____/60) ____/100 (in lettere _____/100);

- di aver prestato i seguenti servizi:
(saranno valutati solo i servizi appresso indicati)

Operatore Tecnico addetto all'Assistenza -in possesso dell'attestato di formazione rilasciato ai sensi del DM 26.07.1991 n. 295-:

- dal _____ al _____ presso _____
tempo: det/ind _____ pieno/parz _____ ore sett. ____
motivo risoluzione rapporto

- dal _____ al _____ presso _____
tempo: det/ind _____ pieno/parz _____ ore sett. ____
motivo risoluzione rapporto

Ausiliario Socio-Assistenziale -in possesso del titolo rilasciato ai sensi della L. n. 845/78-:

- dal _____ al _____ presso _____
tempo: det/ind _____ pieno/parz _____ ore sett. ____
motivo risoluzione rapporto

- dal _____ al _____ presso _____
tempo: det/ind _____ pieno/parz _____ ore sett. ____
motivo risoluzione rapporto

- dal _____ al _____ presso _____ tempo: det/ind _____
pieno/parz _____ ore sett. ____
motivo risoluzione rapporto

Ausiliario Specializzato – la qualifica deve essere chiaramente specificata in busta paga o nel contratto- :

- dal _____ al _____ presso _____
tempo: det/ind _____ pieno/parz _____ ore sett. ____
motivo risoluzione rapporto

- dal _____ al _____ presso _____
tempo: det/ind _____ pieno/parz _____ ore sett. ____
motivo risoluzione rapporto

- dal _____ al _____ presso _____
tempo: det/ind _____ pieno/parz _____ ore sett. ____
motivo risoluzione rapporto

- di aver preso esatta conoscenza del bando e dei requisiti di accesso in esso richiesti.

Allega alla presente le seguenti certificazioni relative ai titoli di studio e di servizio, (da produrre in originale o in copia autenticata ai sensi di legge, ovvero autocertificati nei casi e nei limiti previsti dal D.P.R n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm.ii.).

Ai sensi di detto D.P.R. è consentito agli aspiranti allegare i documenti in fotocopia semplice unitamente ad una dichiarazione sostitutiva di notorietà (esente da bollo) riguardante la conoscenza del fatto che le copie allegate, debitamente numerate e siglate, sono conformi all'originale.

La suddetta dichiarazione può essere apposta anche in calce alla copia del documento. Nella autocertificazione devono essere descritti analiticamente tutti gli elementi necessari all'esatta individuazione del titolo autocertificato.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

Allega copia in carta semplice del seguente documento di riconoscimento in corso di validità
Tipo documento _____ rilasciato il _____ da _____;
numero _____

Chiede infine che ogni comunicazione relativa al presente Corso sia fatta:

all'indirizzo di residenza

ovvero a :

Sig./Sig.ra _____ via _____ n° _____

Cap _____ Comune _____ Prov. _____

Luogo e data, _____

FIRMA

.....

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lvo 196/03

Il/La sottoscritto/a _____ autorizza al trattamento dei dati personali,
anche con strumenti informatici, per il conseguimento delle finalità per le quali i dati sono stati raccolti.

Data _____

Firma

.....