

SCHEMA

Raccomandata A/R

**Domanda per l'inserimento nella graduatoria di
OPERATORE DI ASSISTENZA**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a

_____ il _____ residente _____

via _____ telefono _____

cellulare: _____ e.mail: _____

CHIEDE

L'inserimento nella graduatoria triennale per la copertura a tempo determinato di posti vacanti di Operatori di Assistenza, profilo appartenente alla cat. B 1- del vigente C.C.N.L. del comparto Autonomie Locali.

A tal fine, ai sensi degli art. 39, 46, 47, e 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445, nella consapevolezza che la legge sanziona le dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità:

1. essere cittadino italiano;
2. avere un'età non inferiore a 18 anni;
3. avere idoneità fisica all'impiego;
4. avere il titolo di studio di licenza della scuola dell'obbligo;
5. di non essere escluso dall'elettorato attivo;
6. non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una P.A.
7. non essere stato dichiarato decaduto dall'impiego presso la P.A.
8. di non essere dipendente dello Stato o Ente Pubblico collocato a riposo anche in virtù di leggi speciali.
9. Di non avere già svolto l'attività di Operatore cat. "B" CCNL con contratti a tempo determinato presso questo Ente oltre il limite massimo di trentasei mesi, anche non continuativi;
10. Di essere in possesso di attestato di alimentarista di cui al Decreto Regionale del 19.2.2007.
11. di essere in possesso del seguente attestato di qualifica professionale di Operatore Socio assistenziale _____

Allega alla presente copia di un valido documento di identità.

Allega ricevuta di versamento di euro 10,00 quale tassa concorso.

Autorizza, ai sensi dell'art. 23 del D.L.vo del 30 giugno 2003, n. 196, l'I.P.A.B. "Rosa Serraino Vulpitta" di Trapani al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e/o forniti successivamente nell'ambito dello svolgimento della selezione, attinente il presente profilo professionale, e più in generale per le finalità espresse nell'avviso di selezione.

Data _____

FIRMA _____

Allegato alla domanda per OPERATORE DI ASSISTENZA

ai sensi degli art. 39, 46, 47, e 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445, nella consapevolezza che la legge sanziona le dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità di possedere:

TITOLI FORMATIVI

corsi di formazione professionale, con attestato di superamento di esami finali, organizzati da Enti dello Stato, dalla Regione o legalmente riconosciuti di durata non inferiore a tre mesi.

Ente Organizzatore	Qualifica acquisita	Durata del corso			Estremi autorizzativi del corso		SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO			
		dal	al	Tot.	Decreto n.	del	n. mesi ammessi	X	Totale punteggio	Note
								0,20		
								0,20		
								0,20		
								0,20		
								0,20		
								0,20		
								0,20		
								0,20		
								0,20		
								TOTALE		

Data _____

FIRMA

Allegato alla domanda per OPERATORE DI ASSISTENZA

ai sensi degli art. 39, 46, 47, e 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445, nella consapevolezza che la legge sanziona le dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità di avere prestato i seguenti servizi:

**SERVIZI PRESTATI PRESSO LA
PIA OPERA ROSA SERRAINO VULPITTA**
servizi prestati in qualifica professionale corrispondente

Ente Pubblico	Durata del servizio			Estremi autorizzativi		SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO			
	dal	al	Tot. GG.	Provvedimento amministrativo	del	n. mesi ammessi	X	Totale punteggio	Note
							0,15		
							0,15		
							0,15		
							0,15		
							0,15		
							0,15		
							0,15		
							0,15		
							0,15		
							0,15		
							0,15		
							0,15		
							0,15		
							0,15		
							0,15		
							0,15		
							0,15		
							0,15		
							0,15		
						TOTALE			

Data _____

FIRMA _____

ai sensi degli art. 39, 46, 47, e 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445, nella consapevolezza che la legge sanziona le dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità di avere prestato i seguenti servizi:

SERVIZIO MILITARE

Ente Militare	Durata del servizio			SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO			
	dal	al	Tot.	n. mesi ammessi	X	Totale punteggio	Note
					0,15		

Data _____

FIRMA _____

Riservato all'ufficio :

CALCOLI DEI TITOLI	<u>Titoli di studio</u>	
	<u>Titoli formativi</u>	
	<u>Servizi prestati</u>	
	<u>Titoli di merito</u>	
		<u>SOMMANO</u>