

Allegato "A"

Spett.le
ASP Casa di Riposo e Pensionato Imperia
Via G. Agnesi, 25
18100 IMPERIA

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI
PER L'ASSUNZIONE DI N. 3 OSS ATEMPO DETERMINATO PER MESI 18.
C.C.N.L. COMPARTO REGIONI ED AUTONOMIE LOCALI.**

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____ nato/a _____
provincia di _____ il _____ C.F. _____ residente _____ Prov. _____, C.P. _____
via _____ n. _____ domiciliat_ a _____ Prov. _____ C.P. _____
via _____ n. _____ telefono _____

presa visione del bando di Concorso pubblico per titoli ed esami per l'assunzione di n. 2 Operatori Socio Sanitari (OSS) a tempo determinato per anni uno, C.C.N.L. Comparto Regioni ed Autonomie Locali,

CHIEDE

- di essere ammess__ alla partecipazione di detto concorso .

A tal fine, sotto la propria responsabilità:

dichiara

-di essere nato/a _____ Prov. _____ il _____ · C.F. _____
residente in _____ Prov. _____ Cap. _____ via _____ n. _____ ;

-di essere in possesso della cittadinanza _____;

- di godere dei diritti civili e politici

-di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____

_____ (ovvero il motivo dell'eventuale non iscrizione o cancellazione dalle
stesse): _____ ;

-di non aver riportato condanne penali e di non aver precedenti penali pendenti in corso

-di essere in possesso del titolo di studio:

Attestato di qualifica _____, rilasciato da _____
_____, nell'anno _____, con votazione _____

-di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari _____

- il recapito presso il quale devono essere trasmesse tutte le

comunicazioni relative al concorso , Città _____ Prov. _____ C.a.p. _____ Via
_____ n. _____ n° telefono _____

gli eventuali titoli di preferenza previsti dalle vigenti disposizioni di Legge di cui all Art. 5 del
presente bando _____

di non/ rientrare tra i soggetti di cui all'Art.3 della L. n.104/1002 e di richiedere per l'espletamento
delle prove ausili in relazione all'handicap, nonché la necessità di tempi aggiuntivi:

·- di essere di sana e robusta costituzione fisica con esenzione da difetti che possano influire sul
rendimento del servizio; (Il certificato medico dovrà essere presentato al momento dell'assunzione)

·- di accettare pienamente ed incondizionatamente il presente bando ed ogni disposizione vigente
nell'Ente in materia concorsuale.

·- di autorizzare l'Amministrazione all'utilizzo dei dati personali ai soli fini della selezione .

Allega:

1. Copia fotostatica del documento di riconoscimento valido
2. Ricevuta del versamento di € 10,00
3. Curriculum vitae sottoscritto
4. Descrizione di eventuali titoli di preferenza o precedenza nei modi di cui all'art. 5 del presente Bando
5. Elenco in carta libera, in duplice copia, sottoscritto, di tutti i documenti allegati.

Data

firma

Il sottoscritto dichiara di acconsentire al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs.n.196/2003 per le finalità previste dal bando di selezione.

Firma

Spett.le

ASP Casa di Riposo e Pensionato Imperia
Via G. Agnesi, 25

18100 IMPERIA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (AUTOCERTIFICAZIONE)
(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____ nato/a _____
provincia di _____ il _____ residente in _____ Cap. _____
_____ via _____ n. _____ domiciliato in _____ via _____
_____ n. _____ Cod. Fisc. _____ telefono _____

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000,

dichiara aver conseguito la qualifica di

_____ presso _____
_____, nell'anno _____, con votazione _____.

data _____

Firma leggibile _____