

Spett.le
A.P.S.P. "Ubaldo Campagnola"
Via Campagnola n.5
38063 – AVIO
apspavio@pec.it

***PUBBLICA SELEZIONE PER ESAMI PER LA FORMAZIONE DI UNA
GRADUATORIA PER ASSUNZIONI CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO
DETERMINATO NEL PROFILO PROFESSIONALE DI OPERATORE SOCIO-
SANITARIO – CAT.B LIVELLO EVOLUTO 1^ POSIZIONE RETRIBUTIVA***

***DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(AUTOCERTIFICAZIONE)***

(Ai sensi degli art.46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 "testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa").

Resa e sottoscritta da persona maggiorenne che è già a conoscenza che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti dalla L. 04/01/1968 n.15 sono puniti ai sensi del codice penale (artt.476 e ss. c.p.) e dalle leggi speciali in materia.

Il/La sottoscritto/a _____
cod. fisc. _____ e-mail: _____

presa visione del bando di pubblica selezione per esami per la formazione di una graduatoria per assunzioni con rapporto a tempo determinato nel profilo professionale di O.S.S. – cat. B livello evoluto – 1^ pos. Retributiva,

DICHIARA

Di aver compilato il form dal nome "Form dati per selezione OSS 2023" e aver proceduto all'invio dello stesso;

Che i dati registrati nel form inviato sono corrispondenti al vero;

di essere consapevole del fatto che i requisiti devono sussistere sia al momento della data di scadenza del termine per la presentazione delle domande che a quello dell'assunzione, e che è obbligatorio comunicare, tempestivamente, all'Amministrazione ogni modifica relativa ai dati dichiarati.

Allega alla presente domanda:

ricevuta del versamento della tassa di partecipazione alla selezione di Euro 5,00;

copia di un documento d'identità (qualora la presente non sia sottoscritta davanti al dipendente addetto a riceverla);

Si ricorda che i cittadini stranieri, in possesso di un titolo di studio non italiano, dovranno allegare il titolo di studio tradotto e autenticato dalla competente rappresentanza diplomatica o consolare italiana, con la dichiarazione dell'avvenuta equipollenza. Dovrà altresì essere allegata la certificazione datata relativa alla specifica disabilità rilasciata dalla Commissione medica competente per territorio.

Il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196) ed ai sensi del Regolamento UE 16/679, acconsente al trattamento dei propri dati personali, nei limiti e con le modalità specificate nell'informativa di cui al bando di selezione pubblica e si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni dei dati.

In fede.

Data _____

Firma _____

Il modulo domanda di selezione deve essere datato e firmato alla presenza dell'impiegato addetto; qualora non venga recapitato personalmente, ad esso deve essere allegata copia fotostatica di un documento di identità del candidato in corso di validità o se scaduto, con la dichiarazione sottoscritta che i dati contenuti nel documento sono tuttora invariati non avendo subito variazioni dalla data di rilascio.

Spazio riservato all'ufficio

Si attesta che la presente domanda

- è stata sottoscritta dall'interessato/a alla presenza dell'addetto/a al ritiro della stessa.
- è pervenuta già sottoscritta dall'interessato/a con allegata copia fotostatica di un documento d'identità.

Avio, _____

Firma _____