MODULO DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PER L'ASSUNZIONE DI 5 OPERATORI SOCIO SANITARI

Alla Fondazione Scarpari Forattini Onlus Via Garibaldi 25 46020 Schivenoglia MN

Luc	ogo e Data			
II/La	.a sottoscritto/a			
	to/a a			
	sidente in Via			
Ind	lirizzo di posta elettronica		_	
	telefono fisson. t			
	СНІ	EDE		
OP	poter partecipare alla selezione per l'assun PERATORI SOCIO SANITARI con inqua eba.	zione a tempo d		
A ta	ale scopo dichiara sotto la propria responsa	bilità:		
0	di essere in possesso del seguente titolo	di studio:		
0	di essere cittadino italiano o cittadino di u cittadinanza extraeuropea in regola con			
0	di aver compiuto il diciottesimo anno di et di godere dei diritti civili e politici; di avere idoneità psico-fisica all'impiego;	à;		
0	di non aver riportato condanne penali né di indicare quale indirizzo mail a cui comunicazione relativa alla procedura dovranno essere comunicate dallo stesso indirizzo mail	verrà trasmess di selezione. Eve	a ad o	gni effetto qualsiasi
0	Di dare indicazione dei recapiti telefonici relativa alla procedura di selezione in alte n. telefono fisso n. tel		S 20	

di essere in possesso dei seguenti titoli (corsi di specializzazione, etc.)
——————————————————————————————————————
di essere in possesso/di non essere in possesso di Patente di guida – Categoria
di essere/di non essere automunito.
di conoscere e comprendere la lingua italiana.
Di avere completato il ciclo vaccinale (certificato vaccinazione Covid-19) o sottoso consenso alla vaccinazione completa AntiCovid-19.
Allego alla presente fotocopia del documento d'identità.
Allego alla presente curriculum vitae
Allego alla presente fotocopia del titolo di studio posseduto
de
(firma per esteso)
dichiarazioni rese e sottoscritte nell'istanza di ammissione hanno valor certificazione (D.P.R. 445/2000). Nel caso di dichiarazioni mendaci e falsità in at cetti alle sanzioni penali previste dalle vigenti disposizioni legislative.