

Allegato A

IRAS
Servizio Risorse umane
Via Giacomo Giro, 3
45100 Rovigo

Domanda di partecipazione alla selezione finalizzata alla formazione di una graduatoria da utilizzare per assunzioni a tempo determinato sia pieno che parziale di Operatore Socio Sanitario

La/Il sottoscritto/a _____

Nata/o a _____ Prov. _____

Il _____ residente in Via _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Telefono _____ P.E.C. _____

e-mail _____

chiede di partecipare alla selezione indetta dall'IRAS per assunzione di Operatore Socio-Sanitario a tempo determinato.

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali nelle quali può incorrere in caso di rilascio di dichiarazioni non veritiere

DICHIARA

(barrare **obbligatoriamente** il quadratino)

- Di essere cittadino italiano o del seguente Stato membro dell'Unione Europea, o di paesi Terzi ai sensi dell'art. 38, comm 1, 2 e 3-bis del D.lgs. n.65/2001: _____
- Di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____
- Di possedere l'idoneità psico-fisica all'impiego ed alle mansioni proprie del profilo professionale richiesto, da accertare al momento dell'assunzione ai sensi dell'art. 41 D.lgs. n. 81/2008
- Di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione per persistente insufficiente rendimento, ovvero di non essere stato dichiarato decaduto da un impiego pubblico ai sensi della normativa vigente e di non essere stati licenziato da una pubblica amministrazione all'esito di un procedimento disciplinare.
- Di non aver riportato condanne penali che impediscano, ai sensi delle disposizioni vigenti in materia, la costituzione del rapporto d'impiego con pubbliche amministrazioni
- Ovvero
- Di avere riportato le seguenti condanne penali
- di avere conseguito l'obbligo scolastico e di possedere l'attestato di "Operatore Addetto all'Assistenza (O.A.A.), ovvero di "Operatore Tecnico Addetto all'Assistenza" (O.T.A.A.), ovvero di "Operatore Socio-Sanitario" (O.S.S.) conseguiti ai sensi della vigente normativa regionale, ovvero



certificazione attestante il colloquio individuale relativo al corso di "Operatore Socio Sanitario" (50 ore) di cui al D.G.R. Veneto n. 470 del 21/02/2003, ovvero titolo riconosciuto equipollente.

Dichiara inoltre di avere diritto a preferenza o precedenza nell'assunzione per i seguenti motivi:

Data _____

(cognome e nome leggibile)