

Al Direttore Generale
dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza
Via Torraca, 2
85100 POTENZA

Il/La sottoscritto/a _____ nata/o a
_____ il _____ e residente a _____ in via
_____ n° _____,

C.F. _____

Tel. _____ Cell. _____ Mail _____
(indicarne almeno due)

CHIEDE

di essere ammesso/a al Corso di formazione di base per Operatore Socio-Sanitario che si terrà a Lagonegro organizzato da codesta Azienda Sanitaria Locale di Potenza di cui all'avviso pubblicato sul BUR della Regione Basilicata n° 04 del 16.01.2022.

Dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 445/00 e consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazione mendace di:
(scrivere nei campi interessati e barrare le caselle che interessano)

- avere Cognome _____ e Nome _____;
- essere nata/o a _____ il _____;
- essere residente a _____ cap _____ in via _____ n° _____;
- essere in possesso del Diploma di scuola dell'obbligo (ex Scuola Media) conseguito presso (nome scuola) _____ comune _____ il _____;
- aver compiuto il diciassettesimo anno d'età alla data di presentazione della domanda di partecipazione al Corso;
- di essere cittadino italiano
 di essere cittadino di uno degli Stati membri della Unione Europea:
indicare quale _____
 di avere regolare permesso di soggiorno rilasciato il _____ da _____;
- di non aver riportato condanne penali
 di aver riportato le seguenti condanne penali passate in giudicato

indicare l'eventuale titolo che ha estinto il reato

di avere il seguente procedimento penale o disciplinare in corso

• di essere in possesso del diploma di scuola secondaria di secondo grado (cinque anni)

conseguito il _____ presso l'Istituto _____
con sede a _____ in via _____

con votazione ____/60 (in lettere _____/60)
(per diplomi conseguiti fino all'anno scolastico 1997/98)

con votazione ____/100 (in lettere _____/100);
(per diplomi conseguiti dall'anno scolastico 1998/99)

• di aver prestato i seguenti servizi:
(saranno valutati solo i servizi appresso indicati)

Operatore Tecnico addetto all'Assistenza -in possesso dell'attestato di formazione
rilasciato ai sensi del DM 26.07.1991 n. 295-:

- dal _____ al _____ presso _____
tempo: det/ind _____ pieno/parz _____ ore sett. ____
motivo risoluzione rapporto

- dal _____ al _____ presso _____
tempo: det/ind _____ pieno/parz _____ ore sett. ____
motivo risoluzione rapporto

Ausiliario Socio-Assistenziale -in possesso del titolo rilasciato ai sensi della
L. n. 845/78-:

- dal _____ al _____ presso _____
tempo: det/ind _____ pieno/parz _____ ore sett. ____
motivo risoluzione rapporto

- dal _____ al _____ presso _____
tempo: det/ind _____ pieno/parz _____ ore sett. ____
motivo risoluzione rapporto

- dal _____ al _____ presso _____ tempo: det/ind _____
pieno/parz _____ ore sett. ____
motivo risoluzione rapporto

Ausiliario Specializzato – la qualifica deve essere chiaramente specificata in busta paga o nel contratto- :

- dal _____ al _____ presso _____
tempo: det/ind _____ pieno/parz _____ ore sett. ____
motivo risoluzione rapporto

- dal _____ al _____ presso _____
tempo: det/ind _____ pieno/parz _____ ore sett. ____
motivo risoluzione rapporto

- dal _____ al _____ presso _____
tempo: det/ind _____ pieno/parz _____ ore sett. ____
motivo risoluzione rapporto

- di aver preso esatta conoscenza del bando e dei requisiti di accesso in esso richiesti di cui in particolare:
 - che in data **04 marzo 2022** sarà pubblicata la graduatoria unica finale sul sito ASP con valore di notifica unitamente alla data , luogo ed ora delle convocazioni per la scelta della sede;
 - che per l'ammissione al corso non sarò contattato via mail o per telefono.

Allega alla presente le seguenti certificazioni relative ai titoli di studio e di servizio, (da produrre in originale o in copia autenticata ai sensi di legge, ovvero autocertificati nei casi e nei limiti previsti dal D.P.R n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm.ii.).

Ai sensi di detto D.P.R. è consentito agli aspiranti allegare i documenti in fotocopia semplice unitamente ad una dichiarazione sostitutiva di notorietà (esente da bollo) riguardante la conoscenza del fatto che le copie allegate, debitamente numerate e siglate, sono conformi all'originale.

La suddetta dichiarazione può essere apposta anche in calce alla copia del documento. Nella autocertificazione devono essere descritti analiticamente tutti gli elementi necessari all'esatta individuazione del titolo autocertificato.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

8. _____

9. _____

Allega copia in carta semplice del seguente documento di riconoscimento in corso di validità
Tipo documento _____ rilasciato il _____ da _____;
numero _____ scadenza _____

Chiede infine che ogni comunicazione relativa al presente Corso sia fatta:

all'indirizzo di residenza

ovvero a :

Sig./Sig.ra _____ via _____ n° _____

Cap _____ Comune _____ Prov. _____

Luogo e data, _____

FIRMA

.....

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lvo 196/03 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Il/La sottoscritto/a _____ autorizza al trattamento dei dati personali,
anche con strumenti informatici, per il conseguimento delle finalità per le quali i dati sono stati raccolti.

Data _____

Firma

.....