

Al Direttore Generale
dell'Azienda USL UMBRIA n.1
Via G. Guerra, n. 21 – 06127 Perugia

Il/La sottoscritto /a _____

Nato / a _____ Prov (____) Nazione _____ il _____

CHIEDE

di essere ammesso / a al Corso di formazione per il conseguimento dell'Attestato di Qualifica per Operatore Socio Sanitario – per n. 120 posti di cui al bando pubblicato il **13.12.2016** sul B.U.R Umbria, in qualità di :

dipendente a tempo indeterminato presso L'Azienda USL Umbria n.1
in qualità di ausiliario specializzato o Operatore Tecnico addetto all'Assistenza;

candidato esterno

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti della D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA:

1) di essere in possesso del diploma della scuola dell'obbligo conseguito in data _____ presso _____

2) – di essere di sesso [M] [F]

3) – di essere cittadino:

Italiano

Comunitario [

Extracomunitario, con regolare permesso di soggiorno.

4) – di essere residente nel Comune di _____

C.A.P. _____ Prov _____ località _____

Via / Piazza _____ n. _____ (Tel. _____)

5) di voler ricevere ogni eventuale comunicazione relativa al presente avviso al seguente re capito: Comune di _____

C.A.P. _____ Prov _____ località _____

Via / Piazza _____ n. _____ (Tel. _____)

6) di essere in possesso dei seguenti titoli e servizi pregressi al fine della quantificazione del credito formativo, ai sensi dell'art. 8 del Regolamento Regionale n. 4/2003 così come modificato dal Regolamento regionale n. 14/2006:

[] Attestato di qualifica di Operatore Tecnico addetto all'Assistenza conseguito ai sensi del D.M. 295/91 nell'anno _____, durata del corso ore _____, svolto presso il centro formazione / istituto

via _____ Tel. _____

[] di essere in possesso dei seguenti attestati di frequenza a corsi di aggiornamento della durata minima di trentadue ore finalizzati all'assistenza socio sanitaria e assistenziale:

Corso	durata ore	anno	Ente gestore autorizzato ai sensi L. 845/78
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

[] di essere, alla data del 30 Giugno 2006 dipendente a tempo indeterminato della seguente struttura pubblica/privata con sede in _____ via _____ con la qualifica di _____ ambito di attività _____ con anzianità di servizio complessiva di anni _____ mesi _____ giorni _____

[] di avere, inoltre, prestato servizio con contratto di lavoro a tempo indeterminato e di aver svolto attività socio sanitarie e socio assistenziali presso le seguenti strutture:

Denominazione struttura	Sede	Servizio		
		anni _____	mesi _____	giorni _____
_____	_____	anni _____	mesi _____	giorni _____
_____	_____	anni _____	mesi _____	giorni _____
_____	_____	anni _____	mesi _____	giorni _____
_____	_____	anni _____	mesi _____	giorni _____

7) di allegare alla domanda:

[] **la ricevuta del versamento di € 10,00(dieci) effettuato tramite bonifico bancario sul c/c n. 000102418453 CODICE IBAN: IT 97 X 02008 03039 000102418453 Intestato ad Azienda Sanitaria Locale Umbria n. 1 Presso il Tesoriere UNICREDIT SpA;**

[] Fotocopia non autenticata di un documento di identità personale in corso di validità.

Dichiara, infine, di aver letto integralmente il bando pubblicato sul Bollettino ufficiale della Regione Umbria e l'informativa sul trattamento dei dati personale in esso riportata, ai sensi del D.Lgs n. 196/2003.

_____, li _____

(firma)