**FAC SIMILE DI DOMANDA**

**DA UTILIZZARE OBBLIGATORIAMENTE**

All’AMMINISTRAZIONE

DI ALTAVITA IRA

PIAZZALE MAZZINI, 14

35137 PADOVA (PD)

Il sottoscritto, \_\_\_\_\_(riportare cognome e nome completi), nato il\_\_\_ a \_\_\_\_ prov. di\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

di essere ammesso/a a partecipare alla selezione per colloquio, per la selezione di 9 dipendenti a cui si aggiungono 2 di riserva, per l’accesso al percorso di “Formazione Complementare In Assistenza Sanitaria per Operatore Socio Sanitario” (OSS-FC).

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art.76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

1. di essere nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. di \_\_\_\_;
2. di risiedere a \_\_\_\_ in via \_\_\_ n. \_\_ Tel \_\_\_\_;
3. di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Titolo di studio | Istituto di conseguimento | Durata (anni) | Data conseguimento | Votazione |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. di essere in possesso della seguente anzianità di servizio: dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ svolta presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a tempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare se a tempo pieno o parziale e in tal caso il numero delle ore) in qualità di Operatore Socio Sanitario o mansione equipollente;
2. di essere idoneo dal punto di vista psico-fisico all’espletamento delle mansioni del posto da ricoprire;
3. di impegnarsi alla trasformazione a tempo pieno al momento della chiamata in servizio in qualità di OSS FC (per i dipendenti partecipanti a tempo parziale);
4. chiede che ogni comunicazione relativa alla presente selezione venga inviata al seguente recapito di posta elettronica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Il Candidato

PADOVA, li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (firma per esteso e leggibile)