

Alla Residenza Emanuele  
Tapparelli D'Azeglio  
V. Cuneo 16  
12037 Saluzzo CN

Oggetto: Domanda di partecipazione alla procedura di mobilità per la copertura di n. 3 posti di "OPERATORE SOCIO SANITARIO - cat. B1".

Il/La sottoscritto/a | \_\_\_\_\_ |  
chiede di essere ammesso/a alla procedura di cui all'oggetto.

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere e falsità in atti previste dall'articolo 76 del DPR n° 445 del 28.12.2000 rende, ai sensi degli articoli 46 e 47 del richiamato DPR 445/2000, le seguenti dichiarazioni sostitutive di certificazioni e di atti di notorietà:

1. Di essere nato/a | \_\_\_\_\_ | prov. | \_\_\_\_ | il  
| \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ |

2. Di risiedere a | \_\_\_\_\_ | prov. | \_\_\_\_ | cap.  
| \_\_\_\_\_ | in via/p.zza | \_\_\_\_\_ |  
tel. | \_\_\_\_\_ |

3. Di essere in possesso del seguente codice fiscale | \_\_\_\_\_ |

4. Di essere cittadino/a italiano/a

o di appartenere al seguente Stato dell'Unione Europea | \_\_\_\_\_ |

6. Di non avere riportato condanne penali, né di avere procedimenti penali in corso e di non essere stato sottoposto a provvedimenti di prevenzione o altre misure che escludano l'accesso ai pubblici impieghi.

7.  Di non avere riportato sanzioni disciplinari, né di avere procedimenti disciplinari in corso.

Oppure (specificare in dettaglio procedimenti, sanzioni, date)

Di aver subito le seguenti sanzioni disciplinari:  
| \_\_\_\_\_ |

Di essere sottoposto ai seguenti procedimenti disciplinari:  
| \_\_\_\_\_ |

8. Di essere dipendente a tempo indeterminato della seguente Pubblica Amministrazione: (specificare tutti i dati dell'attuale inquadramento professionale e la relativa data di decorrenza)

| \_\_\_\_\_ |  
| \_\_\_\_\_ |

e di aver superato il periodo di prova relativo all'attuale inquadramento.

9. Di essere in possesso dell'idoneità psicofisica per lo svolgimento delle mansioni relative al posto da Operatore socio sanitario: (indicare esattamente le eventuali prescrizioni/limitazioni disposte dal medico competente): | \_\_\_\_\_ |  
| \_\_\_\_\_ |

10. Di essere in possesso dei seguenti titoli richiesti:

licenza/diploma di \_\_\_\_\_ conseguita/o in data \_\_\_\_\_ presso l'Istituto/Scuola \_\_\_\_\_

attestato di qualifica professionale di O.S.S. conseguito in data \_\_\_\_\_ numero corso \_\_\_\_\_ della durata di n. \_\_\_\_\_ ore, anno formativo \_\_\_\_\_ rilasciato da (ente o struttura formativa) \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_

11. che nel curriculum vitae, compilato e sottoscritto utilizzando il modulo ALLEGATO 2), ha indicato tutti i titoli di studio, professionali, formativi, ulteriori rispetto a quello utile ai fini dell'ammissione, nonché i titoli di servizio maturati, che potranno essere oggetto di valutazione ai fini dell'attribuzione dei relativi punteggi.

12. Di essere in possesso della patente di guida di tipo B (oppure: *specificare tipo . . . . .*).

13. Di aver preso conoscenza e di accettare incondizionatamente le norme previste dal Bando di mobilità, nonché dal Regolamento sull'ordinamento degli uffici e dei servizi e dal Regolamento per le assunzioni ed i concorsi in vigore, pubblicati permanentemente sul sito web e all'Albo dell'Ente.

14. Di avere diritto a riserva o preferenza di legge per i seguenti motivi:  
| \_\_\_\_\_ |

15. Che il trattamento dei dati personali, finalizzato all'espletamento delle procedure di mobilità, compresa la formazione e pubblicazione della graduatoria, verrà effettuato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Chiede di ricevere ogni comunicazione al seguente indirizzo (solo se diverso dalla residenza):

comune | \_\_\_\_\_ | prov. | \_\_\_\_\_ | cap. | \_\_\_\_\_ |  
via/piazza | \_\_\_\_\_ |  
tel. | \_\_\_\_\_ |

Si impegna a produrre, se richiesto, ogni documento utile ad attestare il possesso dei requisiti personali e professionali dichiarati.

Sollewa la Residenza Emanuele Tapparelli D'Azeglio da ogni responsabilità per eventuali disguidi non ad essa imputabili.

Con la firma della presente domanda il/la sottoscritto/a conferma tutti i dati in essa esposti,

Data |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

Firma

|\_\_\_\_\_||  
*non autenticata, ai sensi articolo 39 DPR 445/2000*

**NB: Allegare la fotocopia della carta d'identità del sottoscrittore**