

Il/la sottoscritto/a ..... chiede di essere ammesso/a alla **selezione pubblica** per assunzione di n° 1 **OPERATORE SOCIO SANITARIO (O.S.S.)** a tempo pieno indeterminato  
A tal fine

DICHIARA:

(barrare con la X le sole caselle interessate)

- di essere nato/a a ..... il ....., quindi di essere di età non inferiore agli anni 18
- di essere di stato civile .....
- di avere numero figli: .....
- di essere residente in ..... Prov. di ..... Via ..... n. .... codice fiscale .....
- di essere cittadino/a italiano/a
- di essere cittadino/a appartenente ad uno Stato della CEE ( precisare lo Stato.....)
- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di .....
- di non essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di ..... per i seguenti motivi .....
- di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso che comportino la sospensione o l'interdizione dai pubblici uffici;
- di aver subito le seguenti condanne penali.....;
- di avere i seguenti procedimenti penali in corso.....;
- di non essere stato/a destituito/a, dispensato/a o decaduto/a dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni;
- di essere stato/a destituito/a, dispensato/a o decaduto/a dall'impiego per i seguenti motivi:.....
- di essere fisicamente idoneo/a al servizio.
- di essere in possesso il titolo di studio di ..... conseguito presso l'Istituto ..... in data ..... con la votazione di.....
- di autorizzare l'Azienda Speciale Consortile Casa Anziani Intercomunale di Uggiate Trevano (Co) al trattamento dei dati personali ai fini della selezione e dell'eventuale successiva costituzione del rapporto di lavoro, ai sensi del D.Lgs 196/2003.

Si allega:

- copia dell'attestato di qualificazione professionale di Operatore Socio Sanitario
- curriculum vitae
- fotocopia carta d'identità
- .....

RECAPITO AL QUALE INDIRIZZARE OGNI COMUNICAZIONE RELATIVA ALLA SELEZIONE:

Cognome..... Nome.....  
Via..... N. .... C.A.P. .... Città..... Tel. ....

Data .....

FIRMA

.....  
(non autenticata)