

Allegato A)

Al Direttore
ASSP CORTINA
Via della Difesa, 12
32043 CORTINA D'AMPEZZO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ C.F. _____

residente a _____ in Via _____

CAP _____ tel _____ Cell* _____

e-mail* _____

*campo obbligatorio

CHIEDE

Di essere ammesso alla selezione per la costituzione di una graduatoria di idoneità per assunzioni nel profilo di

OPERATORE SOCIO SANITARIO

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, nonché della decadenza dei benefici prodotti dai provvedimenti emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere ai sensi dell'art.75 D.P.R. 445/2000, dichiara:

(barrare i vari punti per i quali si dichiara)

- Di aver preso visione dell'avviso di selezione di cui Vs. prot. n. _____ del _____ e di accettarne tutte le condizioni;
- Di essere cittadino italiano
- Di essere cittadino del seguente Stato membro dell'Unione Europea: _____
- Di essere cittadino extracomunitario del seguente Stato _____ in possesso di regolare permesso di soggiorno: n. _____ rilasciato da _____ il _____
- Di aver compiuto i 18 anni di età;
- Di possedere l'idoneità alla mansione specifica di Operatore Socio Sanitario;
- Di non avere subito condanne penali passate in giudicato comportanti lo stato di interdizione o misure che escludono, secondo le leggi vigenti, dalla nomina agli impieghi presso enti pubblici;

