

Il/La sottoscritto /a

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

CHIEDE

di essere ammesso / a al Corso di formazione, anno 2013, di cui al bando pubblicato il _____ sul B.U.R. Umbria, per il conseguimento dell'Attestato di Qualifica di Operatore Socio Sanitario, 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 del 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 corso al seguente recapito:

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 o 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 _____

7) di allegare alla domanda:

- la ricevuta del versamento di € 10,00 (dieci) da effettuarsi tramite bonifico sul c/c bancario n. 000102418453 Intestato ad Azienda Sanitaria Locale Umbria n. 1 Presso UNICREDIT SPA Filiale n. 4 Via F. Baracca, 5 - 06121 - Madonna Alta Perugia CODICE IBAN: IT 97 X 02008 03039 000102418453 con indicata la causale " contributo partecipazione selezione corso OSS".

● la fotocopia, non autenticata, di un documento di identità personale in corso di validità;

8) dichiara, infine, di aver letto integralmente il bando pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione dell'Umbria e l'informativa sul trattamento dei dati personali, in esso riportata, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003.

_____, li _____
(firma) _____