

ALLEGATO A

MODELLO UNICO DI DOMANDA DA COMPILARE ESCLUSIVAMENTE A STAMPATELLO O A MACCHINA

**AL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA USL DI PESCARA
Via Renato Paolini, 47 – 65124 PESCARA**

Il/la sottoscritt _____

Nat _ a _____ (Prov. _____), il _____

C H I E D E

Di essere ammess _ al corso annuale per il conseguimento dell'attestato di qualifica di Operatore Socio-Sanitario per l'anno scolastico 2013. Lo scrivente, a tal fine, consapevole delle conseguenze penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del D.P.R. 445/2000, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

Di essere consapevole che la Sede Formativa effettuerà controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000;

- Di essere nat _ a _____ Prov. _____ , il _____ e di risiedere a _____ Prov. _____, Via _____ N. _____ C.A.P. _____;
- Di essere in possesso della cittadinanza _____;
- Di essere in possesso del codice fiscale _____;
- Di essere iscritt _ nelle liste elettorali del Comune di _____;
- Di essere in possesso del diploma della scuola dell'obbligo conseguito il _____ presso _____;
- Di eleggere il seguente domicilio ove inviare ogni comunicazione relativa al presente concorso:
Sig. _____ Via _____
N. _____ C.A.P. _____
Comune _____ Prov. _____ Tel. _____ C
ell. _____ e-mail _____
- Di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003

Luogo e Data

Firma

N.B.

- La firma in calce alla presente non dovrà essere autenticata
- Apporre luogo, data e firma leggibili

ALLEGATO B

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28 DICEMBRE 2000

Il / la sottoscritt _____
nat _____ a _____ (Prov. _____) il _____ e
residente a _____ (Prov. _____),

con riferimento all'avviso pubblico per l'ammissione al corso annuale di formazione, anno scolastico 2013, per il conseguimento dell'attestato di qualifica di "Operatore Socio Sanitario", ai sensi e per gli effetti dell'art.46 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace (artt. 483, 485 Codice Penale e art. 76 DPR 445/2000),

D I C H I A R A

di essere in possesso del seguente Diploma di Istruzione di Secondo Grado (Maturità)

_____ ,

con voto finale _____ ,

conseguito presso _____ , situato

in Via _____ n. _____ , Comune di

_____ prov. _____ , nell'anno

scolastico _____ .

Luogo e Data _____

Firma _____

N.B.

- La firma in calce alla presente non dovrà essere autenticata
- Apporre luogo, data e firma leggibili
- Allegare alla dichiarazione sostitutiva copia fronte/retro di un documento d'identità in corso di validità

ALLEGATO C

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 DICEMBRE 2000

Il / la sottoscritt _____

Nat _ a _____ (Prov. _____) il _____

Residente a _____ (Prov. _____),

con riferimento all'avviso pubblico per l'ammissione al corso annuale di formazione, anno scolastico 2013, per il conseguimento dell'attestato di qualifica di "Operatore Socio Sanitario"; ai sensi e per gli effetti degli artt. 19 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica n.445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace (artt. 483, 485 Codice Penale e art. 76 DPR 445/2000),

D I C H I A R A

di aver prestato servizio in qualità di **O.T.A.** presso l'Ente _____

sito in Via _____ n. _____ Comune _____ (_____)

dal _____ al _____

di aver prestato servizio in qualità di **Ausiliario Specializzato** presso l'Ente _____

sito in Via _____ n. _____ Comune _____ (_____)

dal _____ al _____

di aver prestato i seguenti servizi (vedi tabella- Art. 3 del Bando):

in qualità di _____ categoria(posizione)/livello _____ CCNL _____ presso

l'Ente _____ sito in Via _____ n. _____ Comune di

_____ (_____) dal _____ al _____

in qualità di _____ categoria(posizione)/livello _____ CCNL _____ presso

l'Ente _____ sito in Via _____ n. _____ Comune di

_____ (_____) dal _____ al _____

in qualità di _____ categoria(posizione)/livello _____ CCNL _____ presso

l'Ente _____ sito in Via _____ n. _____ Comune di

_____ (_____) dal _____ al _____

in qualità di _____ categoria(posizione)/livello _____ CCNL _____ presso

l'Ente _____ sito in Via _____ n. _____ Comune di

_____ (_____) dal _____ al _____

in qualità di _____ categoria(posizione)/livello _____ CCNL _____ presso

l'Ente _____ sito in Via _____ n. _____ Comune di

_____ (_____) dal _____ al _____

Luogo e Data

Firma

N.B.

- Specificare oltre la categoria anche la posizione (se previsto dal contratto di riferimento)
- Periodi di servizio: indicare giorno, mese, anno
- Se il servizio dichiarato sussiste alla data della domanda, indicare la dicitura: **"a tutt'oggi"**
- La firma in calce alla presente non dovrà essere autenticata. Apporre luogo, data e firma leggibili
- Allegare alla dichiarazione sostitutiva copia fronte/retro di un documento d'identità in corso di validità