

ALLEGATO A
AL DIRETTORE GENERALE
DELL'ASSOCIAZIONE CNOS/FAP Regione Abruzzo
Viale Don Bosco, 6 - 67100 L'AQUILA
E-mail: orsoblu2005@libero.it E-mail: antsant60@libero.it
cellulare: 329.3537324 -- cellulare: 329.4276514
fax 085.9943084

Oggetto: richiesta Conferimento Incarico Docenza Corso OSS sede di

Pescara Sulmona

Il/la sottoscritto/a _____
Nat _ a _____ (Pr. _____), il _____
residente a _____ (Pr. _____), Via _____
N. _____ C.A.P. _____ Tel. _____ Cell. _____
e-mail _____
domicilio (se diverso dalla residenza): _____ (Prov. _____)
via _____ N. _____ C.A.P. _____
Codice Fiscale _____

CHIEDE

Di essere ammesso/a all'avviso per il conferimento degli incarichi di docenza nel Corso per il conseguimento della qualifica di Operatore Socio Sanitario approvato dalla Regione Abruzzo con deliberazione n. 82 del 16.02.2012.

A tal fine esprime disponibilità per l'insegnamento delle sottoindicate materie in ordine di preferenza (contrassegnare i moduli ai quali si è interessati ed indicare al massimo n. 2 materie per le quali si intende concorrere):

CORSO PER OPERATORE SOCIO SANITARIO

per la seguente Area di insegnamento - Unità Didattica (esprimere al massimo due preferenze):

1. _____
2. _____

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

DICHIARA

- Di essere dipendente a tempo indeterminato/determinato c/o la struttura pubblica/privata di _____ in qualità di _____

Unità Operativa: _____

A far data dal _____

- Di possedere il/i seguente/i titoli di studio _____

Conseguito/i presso (indicare Università/Istituto)

di (indicare la città)_____ in data _____

- Di possedere il/i seguente/i titoli di studio

Conseguito/i presso (indicare Università/Istituto)

di (indicare la città)_____ in data _____

- Di possedere il/i seguente/i titoli di studio

Conseguito/i presso (indicare Università/Istituto)

di (indicare la città)_____ in data _____

- Di essere in possesso dei seguenti ulteriori titoli valutabili (specificare dettagliatamente)

- Di possedere la seguente esperienza professionale (specificare dettagliatamente)

- Di aver maturato la seguente esperienza didattica (specificare dettagliatamente)

DISCIPLINA DI INSEGNAMENTO	NUMERO ORE	ANNO

➤ Di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003.

➤ Di aver prestato i seguenti servizi presso:

Ente _____ nel periodo dal _____ al _____
con il profilo professionale di _____ tipo di rapporto (indicare
se a tempo determinato/indeterminato/definito/part time/full time/co.co.co. o altro) _____

➤ Di aver prestato i seguenti servizi presso:

Ente _____ nel periodo dal _____ al _____
con il profilo professionale di _____ tipo di rapporto (indicare
se a tempo determinato/indeterminato/definito/part time/full time/co.co.co. o altro) _____

➤ Di non aver riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di essere stato sottoposto a procedimenti penali oppure di aver riportato le seguenti condanne penali (cancellare la voce di non interesse):

(specificare) _____ e di avere i seguenti procedimenti in corso

(specificare) _____

➤ Di essere consapevole che l'accertamento di dichiarazioni mendaci comporterà la decadenza dai benefici conseguiti in relazione alla presente istanza

➤ Di voler ricevere ogni comunicazione inerente alla presente istanza al seguente recapito (compilare solo se diverso dalla residenza):

c/o _____ via/piazza _____ n.civico _____

c.a.p. _____ città _____ prov. _____ n. tel _____

Allega alla presente domanda fotocopia fronte retro del seguente documento d'identità personale in corso di validità: Tipo documento _____ n. documento _____ rilasciato da _____ il _____ scadenza _____

Luogo e Data _____

Allega alla Presente Curriculum Formativo e professionale in formato europeo

Autorizzo Il Trattamento Dei Dati Personali In Base Alla Normativa N° 196 Del 30 / 06 / 2003.

Firma

Nb) Specificare la sede di insegnamento prescelta e la disponibilità a tutte e due le sedi