

**MODULO DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PER L'ASSUNZIONE
DI 5 OPERATORI SOCIO SANITARI e/o AUSILIARI SOCIO ASSISTENZIALI**

**Alla Fondazione Scarpari Forattini Onlus
Via Garibaldi 25
46020 Schivenoglia MN**

Luogo e Data _____

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Via _____ N. _____ CAP _____

Indirizzo di posta elettronica _____

n. telefono fisso _____ n. telefono cellulare _____

CHIEDE

di poter partecipare alla selezione per l'assunzione a tempo determinato di 1 anno di **5 OPERATORI SOCIO SANITARI e/o AUSILIARI SOCIO ASSISTENZIALI** con inquadramento **al livello 4S** del vigente C.C.N.L Uneba.

A tale scopo dichiara sotto la propria responsabilità:

- di essere in possesso del seguente titolo di studio:

- di essere cittadino italiano o cittadino di uno stato membro dell'Unione Europea; o della cittadinanza extraeuropea in regola con i requisiti di legge; (indicare la cittadinanza)

- di aver compiuto il diciottesimo anno di età;
- di godere dei diritti civili e politici;
- di avere idoneità psico-fisica all'impiego;
- di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso;
- di indicare quale indirizzo mail a cui verrà trasmessa ad ogni effetto qualsiasi comunicazione relativa alla procedura di selezione. Eventuali successive variazioni dovranno essere comunicate dallo stesso aspirante;
indirizzo mail _____
- Di dare indicazione dei recapiti telefonici a cui fare riferimento per ogni comunicazione relativa alla procedura di selezione in alternativa all'indirizzo di posta elettronica.
n. telefono fisso _____ n. telefono cellulare _____

- di aver svolto le seguenti prestazioni lavorative (indicare il datore di lavoro – le sedi di lavoro – la durata delle diverse esperienze lavorative (data inizio e data fine) e la mansione svolta nell'ultimo triennio):

- di essere in possesso dei seguenti titoli (corsi di specializzazione, etc.)

- di essere in possesso/di non essere in possesso di Patente di guida – Categoria _____
- di essere/di non essere automunito.
- di conoscere e comprendere la lingua italiana.
- Di avere completato il ciclo vaccinale (certificato vaccinazione Covid-19)
- Allego alla presente fotocopia del documento d'identità.
- Allego alla presente curriculum vitae
- Allego alla presente fotocopia del titolo di studio posseduto

In fede

(firma per esteso)

Le dichiarazioni rese e sottoscritte nell'istanza di ammissione hanno valore di autocertificazione (D.P.R. 445/2000). Nel caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti si è soggetti alle sanzioni penali previste dalle vigenti disposizioni legislative.

(firma per esteso)