

**OGGETTO: DOMANDA DI AMMISSIONE ALLE SELEZIONI**

P.O.R. PUGLIA 2000-2006, Mis. 3.2, Azione a) - Avviso n. 11/2007 - Determina dirigenziale n. 257 del 10/03/2008 pubblicata sul B.U.R. Puglia n. 41 supplemento del 13/03/2008

Titolo progetto "OPERATORE SOCIO SANITARIO" - Codice Progetto: POR07032aINTOSS122

Il/La sottoscritto/a

Cognome		Nome			
nato/a a		Prov.		il	
residente a		Prov.		CAP	
Via/Piazza		n°		Cod. Fisc.	
Tel.		Cell.		Email	

**CHIEDE**

di essere ammesso/a alle selezioni del corso in oggetto.

A tal fine dichiara di possedere alla data di scadenza del bando<sup>1)</sup> i seguenti requisiti:

- residenza nella Regione Puglia;
- diploma di scuola dell'obbligo secondo le vigenti disposizioni legislative e successive modificazioni relative all'elevamento dell'obbligo di istruzione;
- stato di disoccupazione documentato dal Centro per l'Impiego territorialmente competente;
- compimento del 17° anno di età;
- attestati di qualifica, diplomi o altre certificazioni rilasciate da Regioni e Province, Aziende Sanitarie, Istituti Professionali di Stato per i Servizi Sociali in seguito alla frequenza di percorsi formativi di qualificazione nell'ambito sociale e sociosanitario, della durata complessiva minima di 600 ore;
- se cittadini stranieri, essere in possesso di una buona conoscenza della lingua italiana.

Dichiara, inoltre, di:

- impegnarsi a produrre, su richiesta, ogni documento attestante quanto indicato nella presente domanda ed ogni altra eventuale integrazione richiesta dal Consorzio CONSULTING.

Alla presente allega, dichiarandone l'autenticità:

1. modulo attestante lo stato occupazionale rilasciato dal Centro per l'Impiego territorialmente competente;
2. curriculum vitae et studiorum in formato europeo;
3. copia del/dei titolo/i valutabile/i in ambito sociale e sociosanitario;
4. fotocopia di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale/tessera sanitaria;

<sup>1</sup> La data di scadenza è il giorno 18 aprile 2008.

5. n° 2 foto tessere.

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, previste dall'art. 76 DPR 445 del 28/12/2000, dichiara ai sensi dell'art. 47 DPR 445 del 28/12/2000 che quanto riportato nella presente domanda risponde a verità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a in merito ai dati personali riportati nella seguente domanda e negli allegati, esprime il consenso al loro trattamento anche informatico da parte del Consorzio CONSULTING per le finalità di cui alla selezione in oggetto, con le modalità di cui al D.Lgs 196/2003 e ferma la sua facoltà di chiedere rettifiche, modifiche e/o cancellazioni dei dati stessi.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_