

DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA

Manifestazione di interesse per la partecipazione al corso di formazione “Operatore Socio Sanitario”

Dichiarazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000

Io sottoscritto _____

nato a _____ il ___/___/____ (gg/mm/aaaa)

codice fiscale _____

residente in (Città) _____ (Via/Piazza/...) _____ (CAP) _____

Recapito telefonico _____

DICHIARO

di volere partecipare alla “*Manifestazione di interesse per la partecipazione al corso di Operatore Socio Sanitario*”;

- di essere cittadino italiano;
- di godere dei diritti politici e civili previsti nell'ordinamento giuridico dello Stato di cui si ha la cittadinanza, salvo per i beneficiari di protezione internazionale;
- di non avere riportato condanne penali e non essere stato dispensato o destituito da servizi di pubblico impiego, oppure di aver riportato le seguenti condanne:
- di essere iscritto disoccupato/inoccupato dal..... presso il centro per l'impiego di.....
- di essere in possesso del diploma di scuola media inferiore
- di non riportare minorazioni o malattie che possono impedire l'esercizio delle funzioni previste dal profilo professionale di Operatore Socio Sanitario.

Ritenendo, pertanto, di essere in possesso dei requisiti richiesti dalla Manifestazione d'interesse, con la presente dichiaro di essere disponibile ad essere inserito nel percorso di formazione per Operatore Socio Sanitario

Consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, dichiaro che le notizie fornite nel presente modulo rispondono a verità.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi della legge n. 196/2003 sulla privacy. I dati verranno trattati al solo fine organizzare le iniziative previste dalla manifestazione interesse, inclusa la pubblicazione della graduatoria.

Allego

- 1. fotocopia di documento di riconoscimento valido (Carta d'identità, Passaporto, ecc.);**

In fede

Data _____

Firma _____