



Al Direttore di  
Fondazione Venezia  
Servizi alla Persona  
Via Rampa Cavalcavia, 9  
30172 MESTRE – VENEZIA

**OGGETTO: Domanda di ammissione all'avviso pubblico di selezione per l'assunzione di personale con mansione di OPERATORE SOCIO SANITARIO**

Il/la sottoscritto/a .....  
chiede di partecipare alla selezione pubblica di selezione per l'assunzione di personale con mansione di Operatore Socio Sanitario con contratto di lavoro a tempo pieno e indeterminato.

A tal fine, a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 496 del Codice Penale e dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità, dichiara:

1. che il proprio cognome è: .....
2. che il proprio nome è .....
3. che il proprio codice fiscale è.....
4. di essere nato/a a..... Prov. ....il.....
5. di essere anagraficamente residente nel Comune di  
.....(.....) Cap.....  
Via..... n. ....,  
E-mail ....., Cellulare .....
6. di possedere la cittadinanza (barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata):
  - italiana
  - di uno dei Paesi dell'Unione Europea: .....
  - extracomunitaria della nazione .....
7. (barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata)
  - di non aver riportato condanne penali passate in giudicato e di non avere procedimenti penali pendenti o provvedimenti di prevenzione;



ovvero

- di aver riportato le seguenti condanne penali e/o di avere i seguenti procedimenti penali pendenti, per i quali allega idonea documentazione:

.....;

8. di possedere l'idoneità fisica a ricoprire il posto (segnalare eventuale invalidità pari al .....%);

9. di essere in posizione regolare nei confronti degli obblighi di leva e degli obblighi di servizio militare per i candidati di sesso maschile nati prima del 31/12/1985;

10. di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici previsti dall'avviso:

- possesso della licenza della scuola dell'obbligo e del diploma di qualifica professionale di operatore socio sanitario rilasciato da Scuole di formazione autorizzate dalle regioni competenti, o titolo equipollente, come precisato nell'avviso pubblico:

Titolo.....conseguito in data(gg/mm/aaaa).....presso.....

.....  
(denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento);

- di aver prestato servizio in qualità di operatore socio sanitario, dopo il conseguimento del titolo richiesto dall'avviso pubblico, per mesi n. .... e precisamente:

dal ..... al .....presso .....

dal ..... al .....presso .....

dal ..... al .....presso .....

dal ..... al .....presso .....

11. di accettare tutte le indicazioni, modalità e prescrizioni contenute nell'Avviso Pubblico e di manifestare il proprio consenso affinché i dati forniti possano essere trattati nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), per gli adempimenti connessi alla presente procedura nonché all'eventuale procedura di gestione del contratto di incarico e relativi flussi informativi connessi;

12. di eleggere il seguente domicilio (se diverso dalla residenza) presso il quale deve, ad ogni effetto, essere fatta ogni eventuale comunicazione, impegnandosi a



comunicare le eventuali variazioni successive ed esonerando la Fondazione da qualsiasi responsabilità:

Presso.....

Via ..... n. ....

Frazione ..... del Comune di

..... (Prov.....) cap .....

Telefono .....

Luogo, ..... data .....

Firma

.....

Allega alla presente domanda:

- curriculum vitae datato e firmato;
- copia di un valido documento di riconoscimento e del codice fiscale;
- copia del diploma di licenza della scuola dell'obbligo e diploma di qualifica professionale di operatore socio sanitario o titolo equipollente;
- eventuali altri titoli;
- permesso di soggiorno regolare per lavoratori extracomunitari.