

ALLEGATO A

MODELLO UNICO DI DOMANDA DA COMPILARE ESCLUSIVAMENTE A STAMPATELLO O A MACCHINA

AL DIRETTORE GENERALE

DELL'AZIENDA USL DI PESCARA

Via Renato Paolini,47 – 65124 PESCARA

Il/la sottoscritt _____

Nat _ a _____ (Prov. _____), il _____

CHIEDE

Di essere ammess _ al corso annuale per il conseguimento dell'attestato di qualifica di Operatore Socio-Sanitario per l'anno scolastico 2010. Lo scrivente, 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

DICHIARA

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

- Di essere nat _ a _____ (Prov. _____), il _____ e di risiedere a _____ (Prov. _____), Via _____ N. _____ C.A.P. _____;
- Di essere in possesso della cittadinanza _____;
- Di essere in possesso del codice fiscale _____;
- Di essere iscritt _ nelle liste elettorali del Comune di _____;
- Di essere in possesso del diploma della scuola dell'obbligo conseguito il _____ presso _____;
- Di eleggere il seguente domicilio ove inviare ogni comunicazione relativa al presente concorso:
Sig. _____ Via _____
_____ N. _____ C.A.P. _____ Comune _____
_____ Prov. _____ Tel. _____
_____ Cell. _____.
- Di voler frequentare il corso presso la sede di _____
- Seconda scelta: _____
- Terza scelta: _____

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

Data _____

Firma _____

ALLEGATO B

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28 DICEMBRE 2000

Il / la sottoscritt _ _____

nat _ a _____ (Prov. _____) il _____ e

residente a _____ (Prov. _____),

con riferimento all'avviso pubblico per l'ammissione al corso annuale di formazione, anno scolastico 2010, per il conseguimento dell'attestato di qualifica di "Operatore Socio Sanitario", ai sensi e per gli effetti dell'art.46 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace (artt. 483, 485 Codice Penale e art. 76 DPR 445/2000),

D I C H I A R A

di essere in possesso del seguente Diploma di istruzione di secondo grado

_____ ,

con voto finale _____ ,

conseguito presso _____ , situato in

Via _____ n. _____ , Comune di

_____ (prov. _____), nell'anno scolastico

_____ .

Data _____

Firma _____

ALLEGATO C

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 DICEMBRE 2000

Il / la sottoscritt _____

Nat _ a _____ (Prov. _____) il _____

Residente a _____ (Prov. _____),

con riferimento all'avviso pubblico per l'ammissione al corso annuale di formazione, anno scolastico 2010, per il conseguimento dell'attestato di qualifica di "Operatore Socio Sanitario";
ai sensi e per gli effetti degli artt. 19 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica n.445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace (artt. 483, 485 Codice Penale e art. 76 DPR 445/2000),

D I C H I A R A

di aver prestato servizio con il profilo di _____ con
rapporto di lavoro a tempo _____ presso l'Ente _____
sito in Via _____ n. _____ Comune
di _____ (prov. _____)
dal _____ al _____ per n° ore
settimanali _____ .

di aver prestato servizio con il profilo di _____ con
rapporto di lavoro a tempo _____ presso l'Ente _____
sito in Via _____ n. _____ Comune
di _____ (prov. _____)
dal _____ al _____ per n° ore
settimanali _____ .

di aver prestato servizio con il profilo di _____ con
rapporto di lavoro a tempo _____ presso l'Ente _____ sito
in Via _____ n. _____ Comune di
_____ (prov. _____)
dal _____ al _____ per n° ore
settimanali _____ .

di aver prestato servizio con il profilo di _____ con
rapporto di lavoro a tempo _____ presso l'Ente _____ sito
in Via _____ n. _____ Comune di
_____ (prov. _____)
dal _____ al _____ per n° ore
settimanali _____ .

Data

Firma