

**DOMANDA AMMISSIONE SELEZIONE PUBBLICA PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA OSS**

Il/la sottoscritto/a.....  
nato/a..... (provincia di ..... ) il .....  
Codice fiscale .....  
Residente a .....(provincia di .....)  
in Via ..... n. .... C.A.P. ....

**CHIEDE**

di essere ammesso/a alla selezione pubblica per la formazione di una graduatoria per la copertura di posti di “operatore socio sanitario” a tempo determinato - Categoria B posizione economica B1 - CCNL 2006/2009, indetta da codesta Amministrazione.

A tal fine dichiara sotto la propria personale responsabilità:

a) di essere in possesso del diploma di licenza della scuola dell’obbligo conseguito in data ..... presso ..... (allegato alla presente) e

dell’ATTESTATO DI OSS conseguito in data .....

presso ..... (allegato alla presente);

b) di essere in possesso della cittadinanza italiana ; (1)

c) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di ..... ovvero: di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo:

.....  
.....  
.....;

d) di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali pendenti; ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali e di avere i seguenti procedimenti penali pendenti; (2)

.....  
.....  
.....

e) per quanto riguarda gli obblighi di leva e gli obblighi del servizio militare la sua posizione è la seguente .....

- f) di non aver mai prestato servizio presso pubbliche amministrazioni; oppure: di aver prestato servizio presso pubbliche amministrazioni (3)
- g) di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso pubbliche amministrazione, né di essere stato dichiarato decaduto da altro impiego pubblico ai sensi dell'art. 127, lettera d), del decreto del Presidente della Repubblica 10/1/1957 n.3;
- h) di essere idoneo al servizio continuativo ed incondizionato nell'impiego di "operatore socio sanitario";
- i) di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana; (4)
- j) di accettare incondizionatamente le disposizioni contenute nel presente avviso.

Ai sensi del decreto Legislativo 30/6/2003 n. 196, si autorizza l'ASP Lazzarell. al trattamento dei dati personali forniti, per le finalità correlate alla procedura concorsuale e all'eventuale successiva costituzione e gestione del rapporto di lavoro.

Chiede che ogni comunicazione relativa alla presente selezione venga fatta al seguente indirizzo:

.....Tel .....

cell. .... mail .....

Data .....

Firma .....

- (1) Ovvero indicare le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea.
- (2) In tal caso indicare le eventuali condanne riportate (anche se sia stata concessa l'amnistia, indulto o condono o perdono giudiziale) la data del provvedimento e l'autorità che lo ha emesso; ovvero indicare gli eventuali carichi pendenti.
- (3) Indicare con esattezza la durata dell'impiego, la qualifica rivestita o la carriera di appartenenza o le cause di risoluzione di precedenti rapporti di impiego pubblico.
- (4) Tale dichiarazione deve essere sottoscritta solo dai cittadini di uno degli stati membri dell'Unione europea.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA' PER  
CONFORMITA' ALL'ORIGINALE DI COPIA DI ATTO O DOCUMENTO**

Sottoscritta da maggiorenne con capacità di agire

(Art.19 e 47 D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

**DA PRODURRE AGLI ORGANI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O  
GESTORI PUBBLICI SERVIZI**

Il / la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

residente a \_\_\_\_\_ in Via/ Piazza \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni, così come espressamente  
stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

**DICHIARO**

Che le copie allegate:

- .....
- .....
- .....

sono conformi agli originali dallo stesso conservati.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al decreto Legislativo 30/6/2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

A tal fine allega la fotocopia di un documento di identità in corso di validità

n. \_\_\_\_\_ rilasciato in data \_\_\_\_\_

da \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_  
( ai sensi dell'art. 39 DPR 445/2000, la firma non è soggetta ad autenticazione)