

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 2019**. 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**;
- Di eleggere il seguente domicilio ove inviare ogni comunicazione relativa al presente concorso:
Sig. _____
Via _____ N. _____ C.A.P. _____
Comune _____ Prov. _____ Tel. _____
Cell. _____ e-mail _____
- Di voler frequentare il corso presso la sede di
 - Prima scelta: _____
 - 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

Luogo e Data

Firma

N.B.

- La firma in calce alla presente non dovrà essere autenticata
- Apporre luogo, data e firma leggibili

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 2019**, 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 (**Maturità**)

_____ ,

con voto finale:/sessantesimi oppure/centesimi

conseguito presso _____, situato

in Via _____ n. _____, Comune di

_____prov. _____, nell'anno scolastico_____

Luogo e Data _____

Firma _____

N.B.

- **Specificare correttamente la tipologia del diploma**
- La firma in calce alla presente non dovrà essere autenticata
- **Scrivere il voto espresso in sessantesimi o centesimi**
- Apporre luogo, data e firma leggibili
- Allegare alla dichiarazione sostitutiva copia fronte/retro di un documento d'identità in corso di validità leggibile e con foto chiara

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 2019**, 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

- in qualità di _____ categoria(posizione)/livello _____ CCNL _____ presso l'Ente _____ sito in Via _____ n. _____ Comune di _____ (_____) **dal** _____ **al** _____

- in qualità di _____ categoria(posizione)/livello _____ CCNL _____ presso l'Ente _____ sito in Via _____ n. _____ Comune di _____ (_____) **dal** _____ **al** _____

- in qualità di _____ categoria(posizione)/livello _____ CCNL _____ presso l'Ente _____ sito in Via _____ n. _____ Comune di _____ (_____) **dal** _____ **al** _____

- in qualità di _____ categoria(posizione)/livello _____ CCNL _____ presso l'Ente _____ sito in Via _____ n. _____ Comune di _____ (_____) **dal** _____ **al** _____

- in qualità di _____ categoria(posizione)/livello _____ CCNL _____ presso l'Ente _____ sito in Via _____ n. _____ Comune di _____ (_____) **dal** _____ **al** _____

Luogo e Data

Firma

N.B.

- Specificare oltre la categoria anche la posizione (se previsto dal contratto di riferimento)
- **Indicare giorno, mese, anno del periodo di servizio**
- Se il servizio sussiste alla data della domanda, indicare la dicitura: "**a tutt'oggi**"
- La firma in calce alla presente non dovrà essere autenticata. Apporre luogo, data e firma leggibili
- Allegare alla dichiarazione sostitutiva copia fronte/retro di un documento d'identità in corso di validità leggibile e con foto chiara