

Spett.le

**AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA  
"CASA LANER"**

Via P. Giovanni XXIII, 1  
38064 - FOLGARIA (TN)

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE INTERNA DI PERSONALE OPERATORE SOCIO SANITARIO  
DA ASSEGNARE AL SAD (SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE)  
IN CONVENZIONE CON LA MAGNIFICA COMUNITÀ DEGLI ALTIPIANI CIMBRI  
CATEGORIA B - LIVELLO EVOLUTO  
A TEMPO PIENO (36 H/SETT.LI)**

E

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
(AUTOCERTIFICAZIONE)**

(Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12.2000 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa").

Resa e sottoscritta da persona maggiorenne che è già a conoscenza che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 sono puniti ai sensi del codice penale (art. 476 e ss. C.p.) e dalle leggi speciali in materia:

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

presa visione dell'avviso di selezione interna di personale Operatore Socio Sanitario da assegnare al SAD (Servizio di Assistenza Domiciliare) in convenzione con la Magnifica Comunità degli Altipiani Cimbri categoria B - livello Evoluto a tempo pieno (36 h/sett.li), indetto da codesta azienda,

**CHIEDE**

di essere ammesso/a alla medesima.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità:

di essere nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ;

residente in (comune) \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

domiciliato in (comune) \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

cod. Fisc.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

numero telefono \_\_\_\_\_ numero cellulare \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

eventuale indirizzo PEC \_\_\_\_\_;

- di essere dipendente con contratto a tempo indeterminato presso l'A.P.S.P. Casa Laner di Folgaria;
- il possesso dell'attestato professionale di Operatore Socio Sanitario;
- il possesso di almeno 5 anni di esperienza professionale in mansioni assistenziali;
- il possesso della patente di guida categoria B o superiore e la disponibilità di automezzo;
- di essere inquadrato nel livello Evoluto della categoria B, in figura professionale di Operatore Socio Sanitario con il seguente orario:
  - 36 h/sett.li
  - 24 h/sett.li
  - 18 h/sett.li
- (solo per i candidati con contratto in essere inferiore alle 36 h/sett.li)  
di essere consapevole che l'orario di lavoro verrà rideterminato consensualmente e temporaneamente a 36 ore/sett.li per la durata dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a chiede infine che ogni comunicazione relativa alla presente domanda venga fatta al seguente recapito:

Numero telefonico \_\_\_\_\_

E-mail / PEC \_\_\_\_\_

**ALLEGA:**

<input checked="" type="checkbox"/> fotocopia di documento di identità in corso di validità
<input type="checkbox"/> in originale / in copia, della quale si dichiara la conformità all'originale:

Il sottoscritto, acquisite le informazioni di cui al Regolamento UE Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, acconsente al trattamento dei propri dati personali nei limiti e con le modalità specificate nell'informativa di cui all'Avviso di Selezione.

Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati.

Il sottoscritto dichiara inoltre di aver preso visione e di accettare tutte le clausole presenti nell'Avviso di Selezione.

Data \_\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_

**La domanda deve essere datata e firmata alla presenza dell'impiegato addetto: qualora non venga recapitata personalmente, ad essa deve essere allegata copia fotostatica (anche non autenticata) di documento d'identità del candidato in corso di validità.**

**Spazio riservato all'ufficio**

Si attesta che, ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R n. 445 dd. 28/12/2000, la presente domanda

- è stata sottoscritta dall'interessato/a alla presenza dell'addetto/a al ritiro della stessa.
- è pervenuta già sottoscritta dall'interessato/a con allegata copia fotostatica di un documento d'identità.

L'incaricato al ricevimento

Folgaria, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_