

# BANDO DI SELEZIONE CORSO: OPERATORE SOCIO SANITARIO

CORSO COFINANZIATO



SEDE DI GALTELLI'

## DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE

(i campi sotto elencati devono obbligatoriamente essere tutti compilati)

Il/La sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ genere (barrare) M  F

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

*(se diverso da residenza)*

domiciliato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

## CHIEDE

Di poter partecipare alle selezioni previste per la frequenza al corso

## **OPERATORE SOCIO SANITARIO**

*Ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 N. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità*

## DICHIARA

(barrare e completare con i dati richiesti)

- di aver preso visione del bando integrale;
- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino comunitario e di, di avere una conoscenza della lingua italiana sufficiente per una proficua frequentazione del corso;
- di avere la maggiore età;
- di non avere conseguito condanne penali passate in giudicato e non avere condanne penali pendenti;
- di essere di sana e robusta costituzione fisica;
- di essere in possesso di titolo di studio non inferiore alla licenza della scuola secondaria di primo grado (ex licenza media);

### ALLEGA ALLA PRESENTE

- Fotocopia della carta d'identità in corso di validità;
- Fotocopia della tessera sanitaria in corso di validità;

**N.B L'Agenzia Formativa Evolvere si riserva la possibilità in fase di definizione delle graduatorie e/o durante la fase di selezione di richiedere copia dei documenti per la verifica dei requisiti richiesti in fase di ammissione .**

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA(PER ESTESO) \_\_\_\_\_

Informativa ai sensi del D.Lgs. 196/2003 (T.U. sulla Privacy) e del Regolamento 679/2016 (Regolamento europeo sulla protezione dei dati o GDPR) e successive modificazioni: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA(PER ESTESO) \_\_\_\_\_

**Il presente modulo dovrà pervenire all'Agenzia Evolvere, pena l'esclusione, entro i termini stabiliti dal bando integrale tramite raccomandata A/R, tramite PEC all'indirizzo [evolvere@postecert.it](mailto:evolvere@postecert.it) o consegnata a mano presso la sede operativa dell'Agenzia Formativa Evolvere di Nuoro: Viale Repubblica n 39, dal lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 13.00 e dalle ore 15.00 alle ore 17.00.**