

Domanda di partecipazione al Programma di Formazione Professionale per Operatore Socio-Sanitario per soggetti non dipendenti da strutture sanitarie

All'Azienda di riferimento per la

Provincia di _____

__l__ sottoscritto/a _____

nato/a il __/__/_____, a _____, prov. _____

Codice Fiscale																				
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Chiede di partecipare al “Programma di Formazione Professionale per Operatore Socio-Sanitario per soggetti non dipendenti da strutture sanitarie” di cui al Bando Pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. _____ del _____ per la sede formativa istituita presso l’Azienda : (segnare con una crocetta solo l’azienda cui viene presentata l’istanza):

	AZIENDA
<input type="checkbox"/>	A.S.L. AV 1
<input type="checkbox"/>	A.S.L. AV 2
<input type="checkbox"/>	A.O. MOSCATI AV
<input type="checkbox"/>	A.S.L. BN 1
<input type="checkbox"/>	A.O. RUMMO BN
<input type="checkbox"/>	A.S.L. CE 1
<input type="checkbox"/>	A.S.L. CE 2
<input type="checkbox"/>	A.O. S.SEBASTIANO CE
<input type="checkbox"/>	A.S.L. NA 1
<input type="checkbox"/>	A.S.L. NA 2
<input type="checkbox"/>	A.S.L. NA 3
<input type="checkbox"/>	A.S.L. NA 4
<input type="checkbox"/>	A.S.L. NA 5
<input type="checkbox"/>	A.O. CARDARELLI NA
<input type="checkbox"/>	A.O. MONALDI NA
<input type="checkbox"/>	A.O. SANTOBONO NA
<input type="checkbox"/>	A.O. COTUGNO NA
<input type="checkbox"/>	ISTITUTO PASCALE NA
<input type="checkbox"/>	A.S.L. SA 1
<input type="checkbox"/>	A.S.L. SA 2
<input type="checkbox"/>	A.S.L. SA 3
<input type="checkbox"/>	A.O. RUGGI D'ARAG. SA

A tal fine, dichiara sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

1) di essere di sesso maschile femminile

2) di essere di cittadinanza _____

3) di risiedere nella provincia di _____

in Via _____

Località _____ Comune _____

Cap. _____ Prov. _____ Tel. _____ tel. Cell. _____

4) di avere domicilio (indicare se diverso dalla residenza) in Via _____

_____ Località _____

Comune _____ Cap. _____ Prov. _____

Tel. _____ tel. Cell. _____

5) di essere disoccupato ai sensi del D.Lgs 297/02 e iscritto al Centro per l'impiego di _____

_____ a far data dal _____ codice n. _____.

6) di non essere in possesso della qualifica di O.S.S..

7) di essere in possesso del diploma di scuola dell'obbligo;

 I sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che l'accettazione della presente domanda è subordinata all'effettuazione del programma di formazione e che l'ammissione al corso avviene sulla base della graduatoria che verrà a tal fine predisposta.

 I sottoscritto/a dichiara, altresì, espressamente di non avere prodotto analoga domanda presso altra Azienda e che tale eventualità costituirà motivo di esclusione da tutte le graduatorie.

Allega fotocopia del documento di riconoscimento e del documento di iscrizione al Centro per l'Impiego.

Data _____

Firma del richiedente

(firma per esteso e leggibile)

Per i candidati minorenni la domanda deve essere controfirmata da uno o entrambi i genitori

(firma per esteso e leggibile)

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 autorizza la Regione Campania, l'Azienda di riferimento per la Provincia e l'Ente Gestore del Corso al trattamento dei dati personali forniti per le sole finalità di gestione del corso e autorizza la loro pubblicazione sul BURC e sul sito Internet della Regione Campania unicamente ai fini della pubblicazione della graduatoria.

La mancata accettazione all'autorizzazione dei dati comporta il decadimento della domanda.

Luogo e data

Firma del richiedente
