

Allegato A)

Al Direttore Generale  
Servizi alla Persona  
Longarone Zoldo a.s.c.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_  
Cell\* \_\_\_\_\_ e-mail\* \_\_\_\_\_

\*campo obbligatorio

### CHIEDE

di essere ammesso alla selezione per la costituzione di una graduatoria di idoneità per assunzioni nel profilo  
di **OPERATORE SOCIO SANITARIO**

**SVOLGIMENTO COLLOQUIO DI SELEZIONE:**

**IN PRESENZA**

**TELEMATICA**

**DISPONIBITA' LAVORATIVA DAL** \_\_\_\_\_

**AUTOMUNITO**  **si**  **no**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, nonché della decadenza dei benefici prodotti dai provvedimenti emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere ai sensi dell'art.75 D.P.R. 445/2000, dichiara:

- di aver preso visione dell'avviso di selezione di cui Vs. prot. n 329/2025 e di accettarne tutte le condizioni;
- di essere cittadino italiano / di altro Stato membro dell'Unione Europea /cittadino extracomunitario in possesso di regolare permesso di soggiorno (cancellare le voci che non ricorrono);
- di avere un età non inferiore ai 18 anni compiuti alla data di presentazione della domanda di candidatura;
- di possedere totale l'idoneità psicofisica all'espletamento delle mansioni da svolgere;
- di essere in possesso di patente B
- di non avere subito condanne penali passate in giudicato comportanti lo stato di interdizione o misure che escludono, secondo le leggi vigenti, dalla nomina agli impieghi presso enti pubblici;
- di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali allegata all'avviso;
- di essere a conoscenza ed accettare le previsioni dell'avviso circa le modalità di notifica ai candidati delle date in cui si effettueranno la/le prove di selezione;

**BARRARE CASELLE DI INTERESSE E COMPLETARE DESCRIZIONE**

DI ESSERE IN POSSESSO DEL SEGUENTE TITOLO ABILITANTE:

\_\_\_\_\_

Rilasciato dall'Ente accreditato:

\_\_\_\_\_

In data: \_\_\_\_\_

Dichiara che tale titolo riscontra il requisito minimo specifico previsto dai requisiti specifici del bando

Dichiara inoltre:

DI AVER MATURATO N \_\_\_\_\_ ANNI E N \_\_\_\_\_ MESI DI ESPERIENZA NELLA QUALIFICA DI OPERATORE SOCIO SANITARIO PRESSO STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI (**dovrà essere indicato il periodo di effettiva prestazione lavorativa, vengono esclusi i periodi di tirocinio, stage e percorsi formativi**)

DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI ATTESTATI IN MATERIA DI PREVENZIONE E PROTEZIONE INFORTUNI SUI LUOGHI DI LAVORO:

- CORSO VVF CONSEGUITO IN DATA \_\_\_\_\_
- CORSO FORMAZIONE SICUREZZA PER RISCHIO ELEVATO 16 ORE CONSEGUITO IN DATA \_\_\_\_\_
- CORSO PRIMO SOCCORSO CONSEGUITO IN DATA \_\_\_\_\_
- AGGIORNAMENTI \_\_\_\_\_

Allega:

- curriculum vitae
- Fotocopia (non autenticata) di un documento di identità in corso di validità del dichiarante
- Copia del Titolo abilitante alla professione di Operatore socio sanitario ai sensi della Legge 845/1978, della Legge Regionale 10/1990, e della Legge Regionale 20/2001
- copia dell'attestato corso sicurezza D.Lgs. 81, addetto antincendio, primo soccorso (SE POSSEDUTI)

Dichiara che l'indirizzo mail utile per le comunicazioni previste dall'avviso di selezione è il seguente:

\_\_\_\_\_

Chiede che ogni eventuale comunicazione non rinvenibile sul sito istituzionale della Servizi alla Persona Longarone Zoldo sia inviata all'indirizzo mail sopra indicato.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma leggibile del dichiarante