

ALLEGATO A

Spettabile IPARK s.r.l.
Via Carlo Mollino, 87
36100 – VICENZA

Email: concorsi@ipark.vicenza.it

(COGNOME _____ (NOME) _____)

chiede di essere ammesso alla **SELEZIONE PER PROVA SCRITTA E COLLOQUIO PER LA COPERTURA DI N. 6 POSTI TEMPO PIENO E INDETERMINATO DI OPERATORE SOCIO SANITARIO (LIVELLO 4°S CCNL PER IL PERSONALE DIPENDENTE DALLE REALTÀ DEL SETTORE ASSISTENZIALE, SOCIALE, SOCIO-SANITARIO, EDUCATIVO, NONCHÉ DA TUTTE LE ALTRE ISTITUZIONI DI ASSISTENZA E BENEFICIENZA UNEBA).**

(PUBBLICATO DAL 02/12/21 al 31/12/2021)

Ai sensi e per gli effetti previsti dagli art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445,

DICHIARA

a) di essere nato a _____ il _____ e di risiedere attualmente a _____ Provincia _____ in Via _____ n. _____, Cof. Fisc. _____ cittadinanza _____;

b) di avere l'idoneità fisica all'impiego;

c) di possedere una buona conoscenza della lingua italiana sia in forma orale sia scritta;

d) di essere/non essere iscritto nelle liste elettorali _____(1);

e) di aver/non aver riportato condanne penali _____(2);

f) di essere in possesso del seguente titolo di studio _____ -
_____ conseguito in
data _____ presso _____;

g) di essere in possesso del seguente titolo di studio richiesto per l'accesso al posto _____

rilasciato da _____
_____ in data _____;

h) di aver prestato servizio presso i seguenti Enti pubblici o privati accreditati (solo servizi documentabili) (3):

Periodo dal al	Presso	Ore settimanali da contratto	Qualifica	Eventuali Note/ Cause di risoluzione

i) di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, a norma del Reg. UE 2016/679 ai fini della gestione della presente procedura concorsuale e degli adempimenti conseguenti;

l) di allegare i documenti come previsto dal bando:

Copia del titolo di studio richiesto per l'accesso al posto.

Copia del permesso di soggiorno (per i soli partecipanti con cittadinanza di un paese non facente parte dell'Unione Europea).

Copia di un documento di identità in corso di validità e copia del tesserino del codice fiscale o della tessera sanitaria.

Chiede infine che ogni comunicazione relativa alla presente selezione venga fatta al seguente indirizzo:

Sig./Sig.ra _____

Via _____ (C.A.P. _____)

Comune _____ Provincia _____

Tel. _____ E-mail _____

Data _____

Firma

- (1) in caso positivo, specificare di quale Comune; in caso negativo indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime.
- (2) In caso affermativo quali.
- (3) Specificare l'Ente o Società presso la quale il servizio è stato prestato, il periodo, il profilo professionale, se il servizio è stato prestato a tempo indeterminato o a tempo definito, a completo orario di servizio o a tempo parziale, i periodi di aspettativa. Specificare le eventuali cause di risoluzione del rapporto di lavoro.