

ALLEGATO A

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

(COGNOME) \_\_\_\_\_ (NOME) \_\_\_\_\_ chiede di essere ammesso alla selezione per prova scritta e prova pratica per la copertura di n. 7 posti a tempo pieno indeterminato di operatore socio sanitario indetta da codesta società con avviso del 04/10/2019

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

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, in caso di dichiarazione non veritiere:

a) di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e di risiedere attualmente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, Cod. Fisc. \_\_\_\_\_;

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 (solo servizi documentabili) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (3);

- i) di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, a norma del D.lgs n. 196/2003 ai fini della gestione della presente procedura concorsuale e degli adempimenti conseguenti;
- j) di allegare i documenti come previsto dal bando
- k) il richiedente allega il proprio *curriculum vitae*

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

Sig. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

( C.A.P. \_\_\_\_\_ ) Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Tel./Cell. \_\_\_\_\_

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) In caso affermativo, 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.