ALLEGATO A

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

(cognome)_____(nome)_____ chiede di essere ammesso alla selezione per prova pratica e colloquio per la copertura di n. 5 posti a tempo pieno e determinato, di Operatore Socio Sanitario indetta da codesta società con avviso del 11/10/2016.

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 _____ Provincia _____ in Via _____ n. _____, Cod. Fisc._____ di essere cittadino _____;

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 non aver condanne penali e procedimenti penali in corso;

j) 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;

k) di allegare i documenti come previsto dal bando;

l) 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. _____ 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.