**Allegato 1 fac - simile domanda**

**Al DIRETTORE**

della Casa del Sorriso di Badia Polesine

Via San Nicolò, 118

45021 Badia Polesine (RO)

Il/La sottoscritto/a ……………………………………………………chiede di essere ammesso/a alla selezione pubblica per prova scritto/pratica o colloquio per la formazione di una graduatoria per l’assunzione a tempo determinato, sia part time che full time, di Operatore Socio Sanitario(Cat. B1 C.C.N.L. Funzioni Locali) indetto con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 08 del 03/02/2020.

A tal fine, consapevole delle gravi responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, a carico di chi rende dichiarazioni alla Pubblica Amministrazione false o non rispondenti al vero, **dichiara**, sotto la propria responsabilità:

1. Cognome………………………….. Nome………………………
2. di essere nato il………………nel Comune di..…………………..……Prov.……Stato………..…..
3. di risiedere a……………………………….…Prov…………..,Cap……........

in Via………………………..n……….., tel……………………cellulare ………………….…..codice fiscale……………………………, e-mail:……..……………………@.........................................;

1. di avere n. …….. .figli di anni………...,………….,……………..,…………….;
2. di essere in possesso della cittadinanza italiana, o di altro stato: (specificare)………………………;
3. di essere in possesso dei titoli di studio:
   1. ………………………conseguito in data………presso…………………durata anni…………
   2. ………………………conseguito in data………presso…………………durata anni…………
4. di godere dei diritti civili e politici nel proprio paese di appartenenza;
5. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di……………………………..;
6. di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali pendenti, di non essere stato destituito o dispensato dall'incarico presso una pubblica amministrazione, di non essere stato licenziato ai sensi del vigente C.C.N.L. Funzioni Locali, di non essere stato dichiarato decaduto da un impiego pubblico per aver conseguito lo stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
7. Corso primo soccorso in corso di validità;
8. di essere, per quanto riguarda gli obblighi militari, nella seguente posizione (per i candidati di sesso maschile): …………………..………………;
9. di indicare il seguente indirizzo per l’invio di tutte le comunicazioni relative alla selezione: in via………………………n.…….cap………..Comune………..……Prov.……Stato..…………….;
10. di essere fisicamente e psicologicamente idoneo alla mansione di Operatore Socio Sanitario, senza alcuna limitazione specifica per la funzione richiesta dal posto in oggetto.
11. Di appartenere ad una delle seguenti categorie che danno diritto di preferenza a parità di merito e di titoli secondo quanto previsto dal D.P.R. 487/94 e s.m.i. (vedi normativa di riferimento): ……………………………………………………………………………………………………...;
12. di autorizzare l’Ente all’acquisizione dei dati personali secondo quanto previsto dal Regolamento UE GDPR **n. 2016/679, fatti salvi gli articoli del d.lgs 196/2003 non ricompresi nella 679/2016.**
13. attesta, sotto la propria responsabilità, l’idoneità a lavorare in turni articolati nelle ventiquattrore, senza alcun tipo di limitazione sia oraria che fisica, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000
14. **Dichiara di accettare e sottoscrivere la veridicità di tutte le norme e le condizioni del presente avviso di selezione pubblica.**

Data……………………….

Firma

…………………………………………..

**Allegato n. 2**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA’**

**(Autocertificazione di conformità all'originale di copie** **D.P.R. 445/2000)**

II/La sottoscritto/a

di essere nato/a il………………nel Comune di..…………………..……Prov.……Stato………..…..

residente a Prov………..Cap…….….Via……………....................n……..

Consapevole delle conseguenze nelle quali possa incorrere in caso di false dichiarazioni

**Dichiara**

che la copia allegata dei seguenti titoli/documenti è conforme all'originale:

1

2

3

4

5

6

7

Si allega copia documento d’identità in corso di validità.

Data…………………….

FIRMA DEL DICHIARANTE

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