

Domanda di partecipazione alle prove di selezione del percorso "OPERATORE SOCIO SANITARIO" IRSEA - via Oslo, 29/d - Bisceglie

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' e DI CERTIFICAZIONE (resa ai sensi del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa approvate con D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445)

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art.46 e dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, che i dati e le informazioni sopra riportate corrispondono a verità e di autocertificare la veridicità degli stessi e consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dall'art. 76 del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa approvate con D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni, e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera prevista dall'art. 75 del medesimo T.U.

Il/la sottoscritto/a

COGNOME		NOME	
Nato/a a (città e provincia)		Data di nascita	
Cittadinanza		Codice Fiscale	
Residente a (città e provincia)		CAP	
Indirizzo			

Compilare se diverso dalla residenza

Domiciliato/a a	CAP
Indirizzo	

Telefono fisso	Cell.
-----------------------	--------------

e-mail
(scrivere in stampatello)

pec
(scrivere in stampatello)

Documento identità	N°
---------------------------	-----------

Rilasciato da	In data
----------------------	----------------

di essere (barrare la casella)	<input type="checkbox"/> inoccupato/a <input type="checkbox"/> disoccupato/a dal	iscritto/a al Centro per l' Impiego di
--	---	---

di possedere il titolo di studio

di avere la seguente esperienza professionale e/o lavorativa nel settore (in sintesi)

Solo per i/le cittadini/e stranieri/e

di avere una buona conoscenza della lingua italiana (barrare la casella)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---	--	---

CHIEDE

di partecipare alle prove di SELEZIONE del percorso per il conseguimento della qualificazione professionale di "O.S.S. - Operatore Socio Sanitario", approvato dalla Regione Puglia nell'ambito dell'Avviso Pubblico 1/FSE/2018, con D.D. F.P. n. 864 del 03/08/2018, che si realizzerà nella sede formativa IRSEA - via Oslo, 29/d - Bisceglie

E

- ✓ d'iscriversi alla selezione che si svolgerà nella sede, nelle date e negli orari che saranno comunicati esclusivamente sul sito internet www.irsea.org e pagina facebook OSS IRSEA, con valore di unica notifica ai candidati a tutti gli effetti senza alcuna altra forma di comunicazione;
- ✓ di autocertificare la veridicità dei dati e delle informazioni indicati nella presente domanda, in particolare:
 - a. di aver compiuto il 17° anno di età alla data della domanda di iscrizione al corso;
 - b. di essere in possesso del diploma di scuola dell'obbligo, ai sensi della normativa vigente;
 - c. di essere disoccupato/a o inoccupato/a;
 - d. (per i candidati stranieri) di essere in possesso di una buona conoscenza della lingua italiana e permesso di soggiorno;
- ✓ d'impegnarsi a consegnare nei termini e a seguito di comunicazione/richiesta dell'IRSEA, effettuata anche a mezzo pubblicazione sul sito internet www.irsea.org e pagina facebook OSS IRSEA, ogni altro documento in caso di ammissione al percorso in oggetto a pena l'esclusione;
- ✓ di essere a conoscenza di aver preso visione e di accettare integralmente il "REGOLAMENTO per la DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLE PROVE DI SELEZIONE" dell'IRSEA, contenente i criteri e le modalità attuative delle selezioni;
- ✓ di essere a conoscenza che tutte le informazioni, comunicazioni, date, orari, sedi, modalità, etc. ed eventuali aggiornamenti, modifiche e variazioni relativi alle selezioni e al percorso, saranno resi noti esclusivamente mediante pubblicazione sul sito internet www.irsea.org e pagina facebook OSS IRSEA, con valore di unica notifica ai candidati a tutti gli effetti senza alcuna altra forma di comunicazione.

ALLEGA

alla presente domanda, la seguente documentazione comprovante il possesso dei seguenti requisiti e titoli:

1. fotocopia del documento d'identità, in corso di validità
2. fotocopia della tessera sanitaria o del codice fiscale
3. fotocopia del certificato di "stato occupazionale", rilasciato dal Centro per l'Impiego di competenza, con data non antecedente a settembre 2018, con dichiarazione di immediata disponibilità (D.I.D.)
4. curriculum vitae aggiornato, obbligatoriamente in formato europeo

luogo	data			firma
	giorno	mese	anno	

D.Lgs n° 196/2003 e GDPR (Regolamento UE 2016/679) -Tutela della privacy

Ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) Le forniamo le seguenti indicazioni:

1. i dati da Lei forniti verranno trattati esclusivamente con riferimento al procedimento per il quale ha presentato la documentazione;
 2. il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;
 3. il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura di Suo interesse;
 4. titolare del trattamento è il Legale Rappresentante dell'IRSEA
 5. I dati non saranno divulgati o ceduti a terzi;
 6. In ogni momento potranno essere esercitati i diritti di cui all'art.7 del DLgs n°196/2003 (accesso, correzione, cancellazione, opposizione al trattamento, ecc.), rivolgendosi direttamente all'IRSEA.
- La presente sottoscrizione non necessita di autentica purché trasmessa unitamente a fotocopia di un documento d'identità, di chi sottoscrive.

luogo	data			firma
	giorno	mese	anno	