

**ISTANZA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE**  
**PER L'ASSUNZIONE DI N. 3 OPERATORI SOCIO SANITARI**  
**PER LA CASA DI RIPOSO "IDA ZUZZI" DI SAN MICHELE AL TAGLIAMENTO (VE)**

ALL'AZIENDA SPECIALE PER I  
SERVIZI SOCIALI "IDA ZUZZI"  
VIA DELL'UNIONE, N. 10  
30028 SAN MICHELE AL TAGLIAMENTO (VE)

Il / la sottoscritto/a

sig./a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_,

in Via/Piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

sotto la propria responsabilità, con la presente dichiarazione sostitutiva di certificazione e dell'atto di notorietà ( ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28.12.2000 )

formula istanza

di partecipazione alla **selezione pubblica per esami per l'assunzione a tempo determinato e pieno di n. 3 Operatori Socio Sanitari** ( categoria B3 - posizione economica B3 CCNL Funzioni Locali ), prevista dal bando di selezione approvato con determinazione n. 53 del 05.10.2020.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, dichiara quanto segue :

- di aver conseguito la qualifica professionale di **Operatore Socio Sanitario (O.S.S.)** ;
- di non essere stato licenziato/a per giusta causa da una azienda speciale, un ente o amministrazione pubblica, destituito/a o dispensato/a dall'impiego per persistente insufficiente rendimento, ovvero di non essere stato dichiarato decaduto ai sensi dell'art. 127, comma 1, lett. d), D.P.R. n. 3/57; di non aver riportato condanna penale per delitti che impediscono, ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, la costituzione del rapporto di impiego con pubbliche amministrazioni;
- di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi della normativa sulla privacy per le finalità inerenti le procedure di selezione ;
- di possedere l'idoneità fisica allo svolgimento delle mansioni relative al posto da ricoprire ;

( barrare la voce solo se interessati ) per gli appartenenti alle categorie protette di cui alla legge 68/1999 : di essere iscritto/a negli elenchi di cui all'art. 8 della legge stessa, di non aver perduto capacità lavorativa e che la natura e il grado di invalidità non è di pregiudizio all'espletamento delle mansioni da assumere e all'eventuale sicurezza degli impianti ;

- di comunicare i seguenti recapiti a cui inviare le comunicazioni relative alla presente selezione ( in particolare : comunicazione data prova d'esame ) :

Comune di \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_,

Via/Piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

Telefono fisso : \_\_\_\_\_ telefono cellulare \_\_\_\_\_

Indirizzo posta elettronica : \_\_\_\_\_

Indirizzo PEC : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
( firma leggibile per esteso)

Allega la seguente documentazione :

- 1) carta d'identità in corso di validità
- 2) \_\_\_\_\_