

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLE PROVE DI SELEZIONE

Percorsi di formazione per l'acquisizione della qualifica di Operatore socio-sanitario OSS

FORMAZIONE INIZIALE 1000 ORE

Sede di MANIAGO MONFALCONE

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio

(artt. 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____ M F

nato/a a _____ (_____) il _____

cittadinanza _____ residente a _____ (____)

in via/p.zza _____ n. _____

recapito telefonico (n° cellulare) _____

e-mail _____

CODICE FISCALE _____

NUMERO DOCUMENTO DI IDENTITA' VALIDO _____

(N.B. copia del documento di identità dev'essere consegnata al momento dello svolgimento del test)

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

- di essere residente nella Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia
- di essere in possesso del diploma di scuola dell'obbligo (terza media), o titolo straniero equipollente
- di non aver compilato la medesima domanda per altro corso e/o presso altro Ente di Formazione in Regione
- di essere in possesso di certificazione di avvenuta vaccinazione contro SARS CoV-2 come previsto dall'Avviso approvato con Decreto 8976/LAVFORU del 30.08.2021 della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia
- di consentire il trattamento dei dati personali nei termini previsti dal Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, dal Regolamento (UE) n. 679/2016 e dal Decreto legislativo 10 agosto 2018 n. 101.

L'omessa indicazione nella domanda anche di un solo requisito richiesto per l'ammissione oltre che del consenso all'uso dei dati determina la non ammissione alle prove di selezione.

- (per i/le cittadini/e di nazionalità straniera) di essere in possesso di certificazione di conoscenza della lingua italiana di livello B1 conseguita presso _____ in data ____/____/____
(in caso di assenza di certificazione, l'ammissione ai corsi è subordinata al superamento di un esame di conoscenza della lingua italiana)

(luogo, data) _____ IL/LA DICHIARANTE _____