

**INTERVENTI DI RIQUALIFICAZIONE IN
OPERATORE SOCIO SANITARIO (O.S.S.)**

(DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE N. G10200 DEL 26/07/2019 DELLA REGIONE LAZIO)

MODALITA' DI PARTECIPAZIONE

Il Sottoscritto Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Nato il _____ a _____ Provincia (_____)

Residente In _____ Via _____ N _____ Cap _____ Prov. ()

Compilare Il Domicilio Solo Se Differente Dalla Residenza

Domiciliato In _____ Via _____ N _____ Cap _____

Telefono _____ Cell . _____ E-Mail _____

Codice Fiscale _____

Cittadinanza: Italia Paese della Comunita' Europea: _____ Paese Extracomunitario: _____

DICHIARA:

Di essere in possesso dei requisiti di partecipazione:

a) Titolo Di Studio :_(Diploma Scuola dell'obbligo) _____

b) di svolgere attività lavorativa come Ausiliario Sanitario o Assistente Generico presso Strutture del settore sanitario/sociosanitario e socio assistenziale della Regione Lazio da almeno 24 mesi consecutivi; *(indicare la struttura presso la quale è impegnato e la data di assunzione)*

Oppure

c) Di essere in possesso o titolare di attestato di qualifica, indipendentemente dalla pregressa esperienza lavorativa di 24 mesi (b) di : *(barrare la casella interessata)*

Assistente Familiare, Assistente per l'Infanzia, Operatore Socio Assistenziale

(conseguito nell'anno.....Presso

d) Di non aver riportato condanne penali né aver procedimenti penali in corso;

e) di godere dei diritti civili e politici;

f) di aver letto l'informativa sulla privacy ai sensi dell'ex Regolamento (UE) n.2016/679 e aver dato il consenso al trattamento dati;

g) di essere domiciliato nel territorio della Regione Lazio;

AI FINI DELLA COMPLETEZZA E VALIDITA' DELLA DOMANDA SI ALLEGA:

- ▮ Fotocopia di ambo i lati del documento di Identità in corso di validità
- ▮ Fotocopia Codice fiscale o Tessera Sanitaria
- ▮ Consenso al Trattamento dei dati personale come da ex Regolamento (UE) nr.2016/679 come da allegato H
- ▮ Curriculum Vitae dettagliato e aggiornato alla data di presentazione

Firma

data di presentazione: