

S. Spirito - Fondazione Montel

Azienda Pubblica di Servizi alla Persona

Via Marconi n. 4 - 38057 Pergine Valsugana

Tel. 0461/531002 – Fax 0461/532971

C.F. e P. IVA 00358720225

e-mail: amministrazione@apsp-pergine.it PEC: amministrazione@pec.apsp-pergine.it sito internet: www.apsp-pergine.it

ALLEGATO N. 1 AL BANDO DI SELEZIONE INTERNA PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA DI VALIDITÀ QUINQUENNALE PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI COORDINATORE DI NUCLEO ASSISTENZIALE CATEGORIA B - LIVELLO EVOLUTO A TEMPO PIENO (36 H/SETT.LI)

Spett.le

AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA

“S. SPIRITO - FONDAZIONE MONTEL”

Via Marconi n. 4

38057 - PERGINE VALSUGANA (TN)

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ Prov. _____ il _____ residente
in (comune) _____ Prov. _____ Cap. _____
via _____ n. _____ numero telefono/cellulare _____
indirizzo e-mail _____

dipendente a tempo indeterminato della A.P.S.P. S. Spirito Fondazione Montel di Pergine Valsugana, dopo aver preso visione del bando di selezione, consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della sanzione della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente non veritiera, previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, n. 445 “Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa”, **presenta domanda di partecipazione alla selezione interna indetta dalla A.P.S.P. S. Spirito Fondazione Montel di Pergine Valsugana per la formazione di una graduatoria di validità quinquennale per il conferimento dell'incarico di coordinatore di nucleo assistenziale e a tal fine dichiara:**

- di essere in possesso dell'attestato professionale di **Operatore Socio-sanitario**, conseguito presso _____, in data _____ ed di **n. 5 anni di esperienza professionale in mansioni assistenziali** maturati presso i seguenti datori di lavoro:

- di essere in possesso dell'attestato professionale di **Operatore socio-assistenziale** conseguito presso _____, in data _____ ed di **n. 3 anni di incarico formale di coordinamento di nucleo assistenziale** svolti presso:

Dichiara inoltre di essere a conoscenza del fatto che l'Ente può procedere al controllo, in qualsiasi momento a partire dalla presentazione della domanda, delle dichiarazioni rilasciate, e delle sanzioni penali previste dalla legge penale per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci (artt. 482, 483, 495, e 496 cod. pen.) nonché della sanzione della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di una dichiarazione rivelatasi non veritiera).

Allega, qualora la presente domanda non venga sottoscritta in presenza del personale addetto a riceverla, fotocopia semplice della carta di identità.

Il sottoscritto, acquisite le informazioni di cui al Regolamento UE Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, acconsente al trattamento dei propri dati personali nei limiti e con le modalità specificate nell'informativa di cui al bando di selezione.

Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati.

Il sottoscritto dichiara inoltre di aver preso visione e di accettare tutte le clausole presenti nel bando di selezione.

Data _____

Firma leggibile _____

Si attesta che, ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R n. 445 dd. 28/12/2000, la presente domanda

- è stata sottoscritta dall'interessato/a alla presenza dell'addetto/a al ritiro della stessa.
- è pervenuta già sottoscritta dall'interessato/a con allegata copia fotostatica di un documento d'identità. L'incaricato al ricevimento

Pergine Valsugana, _____
