

ALLA DIREZIONE GENERALE
AUSL DI TERAMO
Circ. Ragusa, 1
64100

TERAMO

____1____
sottoscritt _____

nat_ a _____ (Prov.) _____ il

CHIEDE

Di essere ammess___ al corso annuale per il conseguimento dell'attestato di qualifica di Operatore Socio Sanitario, attivato dall'Azienda USL di Teramo per l'anno scolastico 2014.

L___ scrivente a tal fine, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art.75, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, dichiara :

- di chiamarsi _____;
- di essere nat_ a _____ (prov. di _____) il _____ e di risiedere a _____, Via _____, n. _____, CAP. _____;
- di essere in possesso della cittadinanza _____;
- di essere in possesso del titolo di studio di _____, conseguito il _____, presso _____ con votazione _____;
- di essere in possesso dei seguenti altri titoli di studio e professionali:

_____ con votazione _____;

- di aver prestato i seguenti servizi:

dal ____/____/____ al ____/____/____, in qualità di

_____ categoria/livello _____
_____ CCNL _____

presso _____

dal ____/____/____ al ____/____/____, in qualità di

_____ categoria/livello _____
_____ CCNL _____

presso _____

- di aver effettuato il versamento richiesto della somma di € 20,00, sul c/c postale n. 12884649, intestato a: Azienda USL Teramo, Settore Bilancio – Ragioneria, Circonvallazione Ragusa, n. 1, 64100 Teramo, causale versamento: contributo spese corso OSS anno 2014, di cui si allega la ricevuta;
- di eleggere il seguente domicilio ove inviare ogni comunicazione relativa al presente avviso: Sig. _____, Via _____, n. _____, CAP _____, Comune _____, Prov. _____, tel. _____ n. _____;
- di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196.

Alla presente si allega:

- copia del versamento suddetto;
- fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità’;
- dichiarazione di equipollenza (solo in caso di titolo di studio conseguito presso istituzioni scolastiche straniere).

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 - Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa -)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ residente a _____ con riferimento all'avviso pubblico per l'ammissione al corso annuale per il conseguimento dell'attestato di qualifica di "OPERATORE SOCIO-SANITARIO, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del succitato D.P.R.;

informato/a su quanto previsto dal D.Lgs. 30.06.2003 n.196;

D I C H I A R A

- Di essere in possesso del Diploma di Scuola dell'obbligo, conseguito presso _____

_____ nell'anno _____;

- Di essere in possesso degli ulteriori titoli di studio: *

_____ conseguito presso _____

_____ nell'anno _____, con votazione _____;

_____ conseguito presso _____

_____ nell'anno _____, con votazione _____;

_____ (luogo e data)

Il dichiarante

* Indicare tutti i titoli di studio e professionali posseduti. In caso di titoli conseguiti presso istituzioni scolastiche straniere dovrà essere presentata la **dichiarazione di equipollenza rilasciata da un Ufficio Scolastico Provinciale.**

N.B. La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione.

Si precisa, inoltre, che per una corretta e puntuale valutazione dei titoli è consigliabile allegare **fotocopia semplice di tutti i titoli che il candidato intende far valere**, corredata da copia del documento di riconoscimento.

Le dichiarazioni sostitutive devono contenere tutti gli elementi e le informazioni necessarie e previste dalla certificazione che sostituiscono; per poter effettuare una corretta valutazione dei titoli, in carenza o comunque in presenza di dichiarazioni non in regola o che non permettano di avere informazioni precise sul titolo o sui servizi, non verrà tenuto conto delle dichiarazioni rese.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(artt. 19 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 - Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa -)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ residente a _____ con riferimento all'avviso pubblico per l'ammissione al corso annuale per il conseguimento dell'attestato di qualifica di "OPERATORE SOCIO-SANITARIO, ai sensi e per gli effetti degli artt. 19 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del succitato D.P.R.;

informato/a su quanto previsto dal D.Lgs. 30.06.2003 n.196;

D I C H I A R A

- Di aver prestato i seguenti servizi:

- dal _____ al _____ in qualità di

categoria/livello_____ ,

CCNL_____ , presso

_____ ;

- dal _____ al _____ in qualità di

_____ ,

categoria/livello_____ ,

CCNL_____ , presso

_____ ;

- dal _____ al _____ in qualità di

_____ ,

categoria/livello_____ ,

CCNL_____ , presso

_____ ;

dichiara, altresì, che non ricorrono le condizioni di cui
all'ultimo comma dell' 46 del D.P.R. 20.12.1979, n. 761.

(luogo e data)

Il dichiarante

N.B. La firma in calce alla presente non dovrà essere autenticata.

Alla dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dovrà essere allegata copia fotostatica, fronte/retro, di un documento di identità del sottoscrittore.

Le dichiarazioni sostitutive devono contenere tutti gli elementi e le informazioni necessarie e previste dalla certificazione che sostituiscono; per poter effettuare una corretta valutazione dei titoli, in carenza o comunque in presenza di dichiarazioni non in regola o che non permettano di avere informazioni precise sul titolo o sui servizi, non verrà tenuto conto delle dichiarazioni rese.

AZIENDA USL DI TERAMO
INFORMATIVA SULLA TUTELA DEI DATI
PERSONALI
DECRETO LEGISLATIVO N. 196 DEL 30/06/2003

Ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196), si informano i candidati che il trattamento dei dati personali da essi forniti in sede di partecipazione all'avviso o comunque acquisiti a tal fine dall'Azienda è finalizzato unicamente all'espletamento delle procedure di selezione ed avverrà a cura delle persone preposte, presso l'ufficio competente sito in Circ.ne Ragusa n. 1, 64100 Teramo, con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, anche in caso di eventuale comunicazione a terzi. Il conferimento di tali dati è necessario per valutare i requisiti di partecipazione e il possesso di titoli e la loro mancata indicazione può precludere tale valutazione.

A conclusione delle procedure di selezione la graduatoria viene pubblicata sul sito dell'Azienda.

Ai candidati sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del citato Codice (d.lgs. n. 196/2003), in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste all'Azienda Sanitaria Locale di Teramo, all'attenzione del Dir. Generale, con sede in Teramo, Circ.ne Ragusa n. 1, 64100 Teramo - tel. 0861 4291- fax 0861 241213.

Il Responsabile del trattamento dei dati, nominato con provvedimento n. 930 adottato in data 12/11/2004, è il Dott. Maurizio Di Giosia, Dirigente responsabile dell'U.O.C. Gestione del Personale, tel.: 0861/420230, fax.0861/420233, e-mail: maurizio.digosia@aslteramo.it

Il Direttore Generale

Prof. Giustino Varrassi