All’Azienda Sociale Comuni Insieme

Piazza IV Novembre, n 2

22074 Lomazzo (CO)

Trasmessa asci@pec.it

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Il sottoscritto/a |  | |
| nato/a a |  | il |
| Residente a |  | |
| In via e n. |  | |
| e-mail P.E.C |  | |
| n. telefonico |  | |

**CHIEDE**

di essere ammess\_ a partecipare alla **selezione pubblica, per titoli ed esami per la formazione di una graduatoria di OPERATORI SOCIALI PER L’INCLUSIONE LAVORATIVA DEI SOGGETTI FRAGILI E SVANTAGGIATI E OPERATORI DI SUPPORTO E ORIENTAMENTO PER CITTADINI STRANIERI, da cui attingere per assunzioni a tempo indeterminato o determinato tempo pieno o part-time;**

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e consapevole delle sanzioni penali previste, nel caso di dichiarazioni mendaci, dall’art. 76 dello stesso decreto:

1. di essere nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. di essere di stato civile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ figli a carico;
3. di essere in possesso della cittadinanza italiana *oppure* di essere in possesso della seguente cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(1);
4. di essere iscritt\_ nella liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (2) e di godere dei diritti civili e politici *oppure*, essendo cittadino dell’U.E. di godere dei diritti civili e politici nello Stato di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
5. di essere fisicamente idone\_ allo svolgimento delle mansioni relative al posto di cui trattasi;

*ovvero, per i soggetti di cui alla legge 68/1999* (1)

di appartenere a categoria protetta di cui alla legge n. 68/1999 e di non aver perduto ogni capacità lavorativa e che la natura ed il grado della propria invalidità non è di danno alla salute ed alla incolumità dei compagni di lavoro o alla sicurezza degli impianti;

1. Di essere beneficiario delle agevolazioni previste dalla legge 5.02.1992 n.104 e pertanto di richiedere per l’espletazione delle prove il seguente ausilio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(1)
2. di non aver riportato condanne penali (*oppure indicare eventuali condanne*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(3);
3. di non essere stato destituito, dispensato o dichiarato decaduto dall’impiego presso una pubblica amministrazione, ovvero licenziato per persistente insufficiente rendimento o a seguito dell’accertamento che l’impiego venne conseguito mediante la produzione di documenti falsi o mezzi fraudolenti;
4. di essere in possesso del seguente titolo di studio richiesto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (corso di studio della durata di anni \_\_\_\_\_\_\_) con la seguente votazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
5. Di essere in possesso della patente di guida cat. B o superiore conseguita in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
6. Di essere automunita;
7. Di avere prestato i seguenti servizi presso pubbliche amministrazioni e aziende private come da allegata tabella 1;
8. Di allegare un curriculum vitae formativo e professionale datato e firmato ai fini della valutazione della qualificazione professionale richiesta dall’avviso.
9. Di desiderare che tutte le comunicazioni relative al presente concorso siano trasmesse al seguente indirizzo mail PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
10. Di allegare la ricevuta del versamento di € 20,00 quale tassa di partecipazione alla selezione;
11. Di accettare incondizionatamente le norme stabilite dalle disposizioni di legge vigenti in materia, ivi comprese quelle inerenti specificatamente all’espletamento dei concorsi, nonché le eventuali modifiche che vi potranno essere apportate, se ed in quanto non in contrasto con disposizioni gerarchicamente sovraordinate.

*Ai sensi e per gli effetti della legge n. 196/2003, e del GDPR 679/2016, con la sottoscrizione della presente domanda, il / la sottoscritt\_ autorizza l’Azienda Sociale Comuni Insieme al trattamento dei propri dati personali esclusivamente per le finalità e gli adempimenti connessi all’effettuazione del presente concorso, compresa la pubblicazione del proprio nominativo sul sito internet dell’Azienda ed alle conseguenze che dallo stesso potrebbero derivare.*

lì, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma per esteso)

La firma è obbligatoria, pena la nullità della domanda.

Allegati:

* **fotocopia del documento d’identità dato e firmato;**
* **eventuale dichiarazione di equipollenza del titolo di studio posseduto laddove richiesto**
* **eventuale certificazione sanitaria di cui al punto 6.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOTE:

1. cancellare se non interessa
2. in caso di non iscrizione, o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali, precisarne il motivo
3. in caso contrario, indicare le eventuali condanne riportate, la data del provvedimento e l’autorità che lo ha emesso

**Tabella 1**

Il/la sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ai fini della **selezione pubblica, per titoli ed esami per la formazione di una graduatoria di OPERATORI SOCIALI PER L’INCLUSIONE LAVORATIVA DEI SOGGETTI FRAGILI E SVANTAGGIATI E OPERATORI DI SUPPORTO E ORIENTAMENTO PER CITTADINI STRANIERI, da cui attingere per assunzioni a tempo indeterminato o determinato (tempo pieno /part time)** ai sensi degli artt. 46 E 47 DEL D.P.R. 28.12.2000 N. 445, cosciente delle responsabilità anche penali in caso di dichiarazioni non veritiere di cui all’art. 76 del medesimo D.P.R dichiara di avere prestato servizio presso pubbliche amministrazioni e aziende private, **in qualità di OPERATORI SOCIALI PER L’INCLUSIONE LAVORATIVA DEI SOGGETTI FRAGILI E SVANTAGGIATI E OPERATORI DI SUPPORTO E ORIENTAMENTO PER CITTADINI STRANIERI in Servizi a diretto contatto con l’utenza** come da tabella che segue.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ente** | **Data inizio** | **Data fine** | **Ore settimanali** | **Tipologia rapporto di impiego** | **Ruolo ricoperto** | **Causa di risoluzione** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*da compilare in più esemplari in caso di esperienze di numero maggiore*  *La firma è obbligatoria, pena la nullità della domanda*

**Tabella 2**

Il/la sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ai fini della **selezione pubblica, per titoli ed esami per la formazione di una graduatoria di OPERATORI SOCIALI PER L’INCLUSIONE LAVORATIVA DEI SOGGETTI FRAGILI E SVANTAGGIATI E OPERATORI DI SUPPORTO E ORIENTAMENTO PER CITTADINI STRANIERI, da cui attingere per assunzioni a tempo indeterminato o determinato (tempo pieno /part time)** ai sensi degli artt. 46 E 47 DEL D.P.R. 28.12.2000 N. 445, cosciente delle responsabilità anche penali in caso di dichiarazioni non veritiere di cui all’art. 76 del medesimo D.P.R dichiara di avere frequentato o tenuto i seguenti corsi di formazione:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ente Organizzatore** | **Argomento** | **Anno di svolgimento** | **Durata** | | **Eventuali esami sostenuti** | **Caratteristiche della partecipazione (uditore, relatore, docente)** |
| **(periodo dal – al)** | **Numero ore complessive** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*da compilare in più esemplari in caso di esperienze di numero maggiore*  *La firma è obbligatoria, pena la nullità della domanda*