

Alla Cortese Attenzione
del Presidente
Istituzioni riunite di Cura e Riposo
Via Beniamino Gigli, 2
Macerata

OGGETTO: Richiesta di partecipazione alla selezione pubblica finalizzata alla formazione di una graduatoria per assunzioni a tempo determinato di personale con qualifica di "Operatore Socio Assistenziale (Cat.B).

Il/la sottoscritto/a _____

Visto ed accettato l'avviso pubblico n. 891 del 06/11/2009 emanato da codesto Ente I.R.C.R. chiede di essere ammesso/a a partecipare alla selezione specificata in oggetto ed a tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

• Di essere nato/a a _____ (_____),
il ____/____/_____, stato civile _____, n. figli _____
e di essere residente a _____
in via/piazza _____ n. _____
CAP _____ tel. _____ cell. _____;

- Di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____;
- Di non essere iscritto nelle liste elettorali in quanto _____;
- Di non aver mai riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso;
- Di aver riportato condanne penali o avere i seguenti procedimenti penali in corso:

_____;

- Di avere l'idoneità fisica alle mansioni inerenti l'impiego;
- Di essere in possesso della licenza della scuola dell'obbligo e della qualifica di "Operatore Socio Assistenziale" riconosciuta dal competente Centro per l'Impiego;
- Di essere in possesso dell'attestato professionale di _____
per totali ore _____ rilasciato da _____ il
____/____/____;

• Di aver operato con la qualifica di “Operatore Socio Assistenziale”:

- Presso _____ dal ____/____/____ al ____/____/____
- Presso _____ dal ____/____/____ al ____/____/____
- Presso _____ dal ____/____/____ al ____/____/____
- Presso _____ dal ____/____/____ al ____/____/____
- Presso _____ dal ____/____/____ al ____/____/____
- Presso _____ dal ____/____/____ al ____/____/____
- Presso _____ dal ____/____/____ al ____/____/____
- Presso _____ dal ____/____/____ al ____/____/____
- Presso _____ dal ____/____/____ al ____/____/____
- Presso _____ dal ____/____/____ al ____/____/____
- Presso _____ dal ____/____/____ al ____/____/____

Allega alla domanda la seguente certificazione:

- certificato di idoneità fisica all’impiego rilasciato dal medico curante che attesti l’idoneità alle mansioni di Operatore Socio Assistenziale inerenti attività di assistenza a soggetti anziani in condizioni di non autosufficienza psico- fisica;
- curriculum formativo e professionale;
- eventuale certificazione attestante il servizio prestato in altri Enti pubblici;
- copia dell’attestato di qualifica professionale che evidenzi valutazione finale con ore complessive per materia;
- copia di un documento di identità in corso di validità.

Macerata, _____

Firma _____

(allegare fotocopia valido documento d’identità)