

**AVVISO PUBBLICO PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO ANNUALE DI FORMAZIONE PROFESSIONALE
DELLA PROVINCIA DI CAGLIARI - ANNUALITA' 2011-2012**

Spett.le **ISFORCOOP**
Via Efsio Loni, 6 – Loc.Su Planu
09047 Selargius (CA)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

(Compilare in forma leggibile e in tutte le parti)

Il/La sottoscritt _____
nat _____ a _____ Prov (_____) il _____
C.F. _____ e residente a _____ (_____)
c.a.p. _____ Via/Piazza _____ n° _____
tel. abit. _____ - cell. _____ e-mail _____

CHIEDE

di partecipare al Corso di Qualificazione previsto dal Piano Annuale F.P. 2011/2012 della Provincia di Cagliari per:

“OPERATORE SOCIO SANITARIO”

Ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 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 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

<input type="checkbox"/> Di essere residente in Sardegna dal _____	<input type="checkbox"/> Di essere residente nella Prov. di Cagliari dal _____
<input type="checkbox"/> Di avere assolto all'obbligo scolastico e di essere in possesso del titolo di studio _____ _____ conseguito il _____ presso _____	
<input type="checkbox"/> Di avere lavorato <input type="checkbox"/> Di lavorare	con contratti individuali direttamente stipulati con famiglie o con aziende non appartenenti al sistema socio-sanitario, con utilizzo dei finanziamenti pubblici previsti dalla Legge 162/1998 e da altri programmi rivolti a sostegno della non autosufficienza, come il Programma "Ritornare a casa".
<input type="checkbox"/> Anzianità di servizio (N.B. Per il computo dei mesi, le frazioni pari o superiori ai 15 giorni sono da intendersi equivalenti ad un mese)	n° mesi _____
<input type="checkbox"/> Di essere disoccupato da n° anni _____ n° mesi _____	

Il/La Sottoscritt _____ dichiara, inoltre:

A) Di avere preso visione del Regolamento di Partecipazione e Selezione allegato all'AVVISO e di prendere atto che il calendario della Selezione e convocazione dei candidati sarà pubblicato sul sito dell'Isforcoop www.isforcoop.coop in data 15/11/2014 e che tale comunicazione deve intendersi quale notifica per la partecipazione alla Selezione.

B) Di essere consapevole che SONO CONSIDERATI MOTIVI DI ESCLUSIONE:

- 1) L'assenza dei requisiti previsti per la partecipazione.
- 2) La mancanza della sottoscrizione con firma in originale della domanda, compresa quella della liberatoria per il trattamento dei dati personali.
- 3) L'assenza della fotocopia di valido documento di identità e/o del codice fiscale.
- 4) L'assenza della copia dell'Anagrafica di iscrizione al CSL di appartenenza o del **Certificato storico**, aggiornati alla data di pubblicazione dell'Avviso (18/09/14).
- 5) La spedizione della domanda oltre il termine pubblicato nell'AVVISO (**h 19:00 del 23/10/2014**),
- 6) La mancata presentazione, in caso di ammissione, dei documenti attestanti il possesso del requisito di esperienza lavorativa dichiarata con la presente autocertificazione.

IL DICHIARANTE

(Luogo e data)

(Firma per esteso leggibile)

Il sottoscritto, avendo ricevuto idonea informativa ai sensi degli artt. 13 e conscio di poter esercitare i diritti di cui all'art. 7 del decreto legislativo 196/2003, autorizza al trattamento dei propri dati personali, di natura anche sensibile, per le finalità di realizzazione del procedimento di selezione e se selezionato per tutto il processo di formazione.

IL DICHIARANTE

(Luogo e data)

(Firma per esteso leggibile)

Si allega:

- Fotocopia codice fiscale
- Fotocopia documento di identità in corso di validità
- Informativa privacy debitamente firmata
- Copia dell'Anagrafica di iscrizione al CSL di appartenenza o del **Certificato storico**, aggiornati alla data di pubblicazione dell'Avviso (18/09/2014)