

## ALLEGATO A

MODELLO UNICO DI DOMANDA DA COMPILARE ESCLUSIVAMENTE A STAMPATELLO O A MACCHINA

**AL DIRETTORE GENERALE  
DELL'AZIENDA USL DI PESCARA  
Via Renato Paolini, 47 – 65124 PESCARA**

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_

Nat \_ a \_\_\_\_\_ ( Prov. \_\_\_\_\_ ), il \_\_\_\_\_

### **C H I E D E**

di essere ammess \_ al corso annuale per il conseguimento dell'attestato di qualifica di **Operatore Socio-Sanitario per l'anno scolastico 2015**. Lo scrivente, a tal fine, consapevole delle conseguenze penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del D.P.R. 445/2000, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

### **D I C H I A R A**

di essere consapevole che la Sede Formativa effettuerà controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000;

- Di essere nat \_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ , il \_\_\_\_\_ e  
di risiedere a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_
- Di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_
- Di essere in possesso del **codice fiscale** \_\_\_\_\_
- Di essere iscritt \_ nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_
- Di essere in possesso del diploma della **scuola dell'obbligo**;
- Di eleggere il seguente domicilio ove inviare ogni comunicazione relativa al presente concorso:  
Sig. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_
- Di voler frequentare il corso presso la sede di
  - Prima scelta: \_\_\_\_\_
  - Seconda scelta: \_\_\_\_\_
  - Terza scelta: \_\_\_\_\_
- Di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003

**Luogo e Data** .....

**Firma** .....

### **N.B.**

- La firma in calce alla presente non dovrà essere autenticata
- Apporre luogo, data e firma leggibili

**ALLEGATO B**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI**

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28 DICEMBRE 2000

Il / la sottoscritt \_\_\_\_\_

nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ( Prov. \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_ e

residente a \_\_\_\_\_ ( Prov. \_\_\_\_\_ ),

con riferimento all'avviso pubblico per l'ammissione al corso annuale di formazione, **anno scolastico 2015**, 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 conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace (artt. 483, 485 Codice Penale e art. 76 DPR 445/2000),

**D I C H I A R A**

di essere in possesso del seguente Diploma di Istruzione di Secondo Grado (**Maturità**)

\_\_\_\_\_ ,

**con voto finale** (*in cifre e in lettere*) \_\_\_\_\_ ,

conseguito presso \_\_\_\_\_ , situato

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ , Comune di

\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ , nell'anno scolastico \_\_\_\_\_

**Luogo e Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**N.B.**

- La firma in calce alla presente non dovrà essere autenticata
- **Scrivere in cifre e in lettere il voto espresso in sessantesimi o centesimi**
- Apporre luogo, data e firma leggibili
- Allegare alla dichiarazione sostitutiva copia fronte/retro di un documento d'identità in corso di validità

**ALLEGATO C**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**  
ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 DICEMBRE 2000

Il / la sottoscritt \_\_\_\_\_

Nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_),

con riferimento all'avviso pubblico per l'ammissione al corso annuale di formazione, **anno scolastico 2015**, per il conseguimento dell'attestato di qualifica di **"Operatore Socio Sanitario"**; ai sensi e per gli effetti degli artt. 19 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica n.445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace (artt. 483, 485 Codice Penale e art. 76 DPR 445/2000),

**D I C H I A R A**

**di aver prestato servizio** in qualità di **O.T.A.** presso l'Ente \_\_\_\_\_  
sito in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)   
**dal** \_\_\_\_\_ **al** \_\_\_\_\_

**di aver prestato servizio**

- in qualità di \_\_\_\_\_ categoria(posizione)/livello \_\_\_\_\_ CCNL \_\_\_\_\_ presso  
l'Ente \_\_\_\_\_ sito in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune di  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) **dal** \_\_\_\_\_ **al** \_\_\_\_\_
- in qualità di \_\_\_\_\_ categoria(posizione)/livello \_\_\_\_\_ CCNL \_\_\_\_\_ presso  
l'Ente \_\_\_\_\_ sito in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune di  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) **dal** \_\_\_\_\_ **al** \_\_\_\_\_
- in qualità di \_\_\_\_\_ categoria(posizione)/livello \_\_\_\_\_ CCNL \_\_\_\_\_ presso  
l'Ente \_\_\_\_\_ sito in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune di  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) **dal** \_\_\_\_\_ **al** \_\_\_\_\_
- in qualità di \_\_\_\_\_ categoria(posizione)/livello \_\_\_\_\_ CCNL \_\_\_\_\_ presso  
l'Ente \_\_\_\_\_ sito in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune di  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) **dal** \_\_\_\_\_ **al** \_\_\_\_\_
- in qualità di \_\_\_\_\_ categoria(posizione)/livello \_\_\_\_\_ CCNL \_\_\_\_\_ presso  
l'Ente \_\_\_\_\_ sito in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune di  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) **dal** \_\_\_\_\_ **al** \_\_\_\_\_

**Luogo e Data** .....

**Firma** .....

**N.B.**

- Specificare oltre la categoria anche la posizione (se previsto dal contratto di riferimento)
- Indicare giorno, mese, anno del periodo di servizio
- Se il servizio sussiste alla data della domanda, indicare la dicitura: **"a tutt'oggi"**
- La firma in calce alla presente non dovrà essere autenticata. Apporre luogo, data e firma leggibili
- Allegare alla dichiarazione sostitutiva copia fronte/retro di un documento d'identità in corso di validità