



**AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA**

*Ospedale "S. Carlo" di Potenza*

*Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano*

Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 11

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

---

**ALLEGATO A**

Schema della domanda (in carta semplice)

AI DIRETTORE GENERALE  
dell'Azienda Ospedaliera Regionale  
"San Carlo" di Potenza  
Viale Potito Petrone  
85100 POTENZA

**Oggetto:** domanda di partecipazione ai corsi base per OSS – anno 2013 – sedi formative di Potenza e Pescopagano.

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_, Prov. \_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_,  
C.F. \_\_\_\_\_, reperibile ai seguenti recapiti telefonici mobili e  
fissi : \_\_\_\_\_, nonché al  
seguito indirizzo: \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

---

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a partecipare ai corsi di formazione per Operatore Socio Sanitario attivati presso codesta Azienda, per l'anno 2013, in esecuzione della D.G.R. di Basilicata n. 1486 del 14.11.2013 per il conseguimento dell'attestato di qualifica di Operatore Socio Sanitario (O.S.S.) e di poter frequentare il corso preferibilmente presso Presidio Ospedaliero di Potenza/ di Pescopagano (1).

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze penali, previste dal DPR 445/2000 e ss.mm.ii., in caso di dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000:

1. di essere cittadin\_\_\_ italian\_\_\_ ovvero di uno dei paesi dell'Unione Europea \_\_\_\_\_;
2. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_(2);



**AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA**

*Ospedale "S. Carlo" di Potenza*

*Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano*

Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 11

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

---

3. di non avere riportato condanne penali / di aver riportato le seguenti condanne penali: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_(3);
4. con riguardo agli obblighi militari, di essere nella seguente posizione: \_\_\_\_\_(solo per i candidati di sesso maschile);
5. di essere in possesso del diploma di scuola secondaria di primo grado (ex scuola media inferiore), conseguito presso la Scuola Media \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ nell'anno scolastico \_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_, nonché dei seguenti ulteriori titoli di studio(4): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. di aver prestato i seguenti servizi nella qualifica di **Ausiliario Specializzato**  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ con un impegno medio settimanale di \_\_\_\_\_ ore,  
presso \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ con un impegno medio settimanale di \_\_\_\_\_ ore,  
presso \_\_\_\_\_
7. di aver prestato i seguenti servizi nella qualifica di **Operatore Tecnico addetto all'assistenza/Ausiliario Socio-Assistenziale**  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ con un impegno medio settimanale di \_\_\_\_\_ ore,  
presso \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ con un impegno medio settimanale di \_\_\_\_\_ ore,  
presso \_\_\_\_\_
8. di aver prestato i seguenti servizi nella qualifica di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ con un impegno medio settimanale di \_\_\_\_\_ ore,  
presso \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ con un impegno medio settimanale di \_\_\_\_\_ ore,  
presso \_\_\_\_\_



**AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA**

*Ospedale "S. Carlo" di Potenza*

*Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano*

Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 11

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

---

9. di autorizzare, ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/2003 e s.m.i., l'Azienda Ospedaliera al trattamento dei dati ivi riportati per le finalità del bando per cui è fatta istanza;

*FIRMA*

---

Alla presente domanda si allegano:

- a. fotocopia fronte retro di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- b. dichiarazione sostitutiva di atto di certificazione e di atto di notorietà (eventuale)

#### Note

- 1) *Cassare il nome del presidio che interessa solo in via secondaria*
- 2) *In caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali, integrare lo schema di domanda riportandone i motivi;*
- 3) *Indicare la data del provvedimento e l'autorità che lo ha emesso anche se siano stati concessi amnistia, indulti, condono o perdono giudiziale;*
- 4) *Precisare l'istituto e l'anno di conseguimento del diploma nonché la votazione riportata.*