

Spett.le
Azienda Sanitaria Provinciale
Via Giacomo Cusmano, 24
90141- PALERMO

OGGETTO: CORSI DI OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS).

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ prov. _____)
il _____, residente a _____ in via _____,
Cod. Fiscale n. _____ recapito telefonico _____,
e-mail _____,
chiede

di essere ammesso alla partecipazione dei Corsi di Formazione per Operatore Socio Sanitario rivolti al personale dipendente ed al personale contrattista aziendale, di cui all' Avviso Interno del 16 Aprile 2014.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle conseguenze penali comminate dall'art. 76 del citato D.P.R. in caso di dichiarazione mendace, dichiara:

- 1) di essere dipendente di ruolo della suddetta Azienda - Matr. n. _____, con la qualifica di _____, e di prestare attualmente servizio presso la macrostruttura _____ U.O. _____ con sede nel Presidio _____ di _____, ovvero:
- 2) di essere dipendente dalla suddetta Azienda con contratto a tempo determinato (contratto quinquennale) - Contrattista - Matr. n. _____, con la qualifica di _____, di avere prestato servizio in qualità di lavoratore socialmente utile comprensiva dell'ex art.23 presso le UU.SS.LL. e/o presso ASP dal _____ al _____ e di prestare attualmente servizio presso la macrostruttura _____ U.O. _____ con sede nel Presidio _____ di _____.

Autorizza codesta Azienda al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196, ai fini dell'espletamento di tutti gli atti inerenti la procedura dei Corsi di Formazione per Operatore Socio Sanitario.

Le comunicazioni inerente la presente istanza dovranno essere inviate al presente indirizzo:

Alla presente, allega fotocopia del proprio documento d'identità in corso di validità.

Palermo, li _____

Firma per esteso
