Allegato 1 (domanda ammissione)

 Al Dirigente Scolastico

 Liceo Scientifico L. Siciliani

 Via A. Turco n° 7

 Catanzaro

Oggetto: Avviso di selezione pubblica per soli titoli per l’individuazione di n° 1 Operatore Socio

Sanitario ed un sostituto, in caso di assenza del primo graduato, per assistenza alunna diversamente abile.

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CF.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

avendo preso visione del Bando **chiede** di essere ammesso alla selezione indicata in oggetto e, a tal fine, **dichiara** sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle conseguenze penali cui si va incontro in caso di dichiarazione mendace:

1. Di essere cittadino Italiano o di uno stato dell’Unione Europea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. Di godere dei diritti civili e politici;
3. Di non essere stato destituito o dispensato dall’impiego presso una Pubblica Amministrazione né trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità;
4. Di non aver riportato condanne penali, né avere precedenti penali in corso che precludano la costituzione di rapporto di pubblico impiego;
5. Di essere in possesso Idoneità fisica all’impiego.
6. Di essere in possesso del diploma di scuola d’istruzione secondaria di secondo grado di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito nell’a.s. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso la scuola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_\_\_\_;
7. Di essere in possesso dell’attestato di qualifica di Operatore Socio sanitario
8. Di essere in possesso di attestato di qualifica, specializzazione e/o perfezionamento per disabili;
9. Di aver/non aver svolto un corso di formazione specifica nella gestione della “**valvola tracheostomica**”;
10. Di avere le seguenti esperienze lavorative di Operatore Socio Sanitario con alunni diversamente abili in ambito scolastico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
11. Di avere le seguenti esperienze lavorative di Operatore Socio Sanitario con soggetti diversamente abili in Enti pubblici o privati: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
12. Di avere prestato la propria opera di assistenza a soggetti disabili con ***“valvola tracheostomica” presso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;***

Luogo e Data Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto autorizza la scuola al trattamento dei dati personali ai sensi del DL 196/2003, ai soli fini istituzionali necessari per l’espletamento della procedura di cui alla presente domanda

Luogo e Data Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_