

AL CENTRO IMPIEGO DI GENOVA CENTRO

DOMANDA DI ADESIONE ALLA CHIAMATA DEI GIORNI 15 – 16 APRILE 2024

Il presente modulo è da compilare e inviare a mezzo PEC (o consegnare a mano) secondo le modalità indicate nell'avviso pubblico.

Il/la sottoscritto/a _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nato/a il _____ a _____

Doc. identità n. _____ rilasciato da _____

Scadenza _____ **ALLEGARE COPIA**

chiede di partecipare alla chiamata per le sotto specificate richieste di avviamento a selezione:

ENTE	QUALIFICA	DURATA
OPERE PIE RIUNITE DEVOTO MARINI SIVORI DI LAVAGNA	OPERATORE SOCIO SANITARIO	TEMPO DETERMINATO 6 MESI

DICHIARA:

di essere cittadino italiano o comunitario;

di essere cittadino di Paese extraUE in possesso di:

- Permesso CE per lungo soggiornanti (carta di soggiorno) **ALLEGARE COPIA**
- Permesso di soggiorno per Status di rifugiato o di protezione sussidiaria **ALLEGARE COPIA**

con scadenza _____ rilasciato dalla Questura di _____

di essere domiciliato/residente in: _____

Comune _____ Via _____

Telefono _____ mail _____

di aver assolto l'obbligo scolastico (indicare il titolo di studio più elevato conseguito)

titolo _____

rilasciato dall'Istituto scolastico _____ nell'anno _____

con sede nel Comune di _____

di essere in possesso della **DICHIARAZIONE DI VALORE** del titolo di studio (obbligo scolastico) conseguito all'estero (per i cittadini di Paese UE ed extraUE). **ALLEGARE COPIA.**

• **di possedere i requisiti specifici previsti dalla richiesta:**

ATTESTATO QUALIFICA di: OPERATORE SOCIO SANITARIO

acquisito presso l'Ente _____ Sede _____

Anno: _____ (ALLEGARE COPIA);

ISEE in corso di validità **SENZA DIFFORMITÀ/DISCORDANZE** (pena esclusione automatica dalla graduatoria) rilasciata dall'INPS: valore ISEE _____ inizio validità _____ scadenza _____

- di aver preso visione della nota informativa relativa alle procedure che regolano l'avviamento a selezione nella Pubblica Amministrazione;

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, (DPR 445/2000) dichiara che quanto sopra corrisponde a verità.

Data _____

Firma _____