



**AVVISO PUBBLICO PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO PROVINCIALE DI FORMAZIONE PROFESSIONALE DELL'AMMINISTRAZIONE STRAORDINARIA (L.R.07/2015) EX PROVINCIA OLBIA TEMPIO- ANNUALITÀ 2011-2012 CUP B77H13002960002**

**AI CENTRO PROFESSIONALE EUROPEO "LEONARDO"**  
Via Dante 254 L — 09128 CAGLIARI

**DOMANDA DI ISCRIZIONE**  
(COMPILARE TUTTI I CAMPI IN FORMA LEGGIBILE)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_  
chiede di essere iscritto/a al corso di formazione per **"OPERATORE SOCIO-SANITARIO"** riservato prioritariamente a residenti nella provincia di Olbia-Tempio disoccupati/inoccupati, che lavorino o abbiano lavorato con contratti individuali direttamente stipulati con famiglie o con aziende non appartenenti al sistema socio-sanitario, con utilizzo dei finanziamenti pubblici previsti dalla Legge 162/1998 e/o da altri interventi di sostegno rivolti a famiglie con a carico persone non autosufficienti, come il programma "Ritornare a casa", che si svolgerà nel comune di **Olbia - Via Perugia 1**.

Ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 N. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA QUANTO SEGUE:**

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di residenza \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ N. Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

di essere iscritto alle liste (inoccupazione/disoccupazione) del CSL di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

di aver lavorato con contratti individuali direttamente stipulati con famiglie o con aziende non appartenenti al sistema socio-sanitario, con utilizzo dei finanziamenti pubblici previsti dalla Legge 162/1998 e/o da altri interventi di sostegno rivolti a famiglie con a carico persone non autosufficienti, come il programma "Ritornare a casa"

di essere titolare di un rapporto di lavoro ai sensi della legge 162/1998 e/o di altri interventi di sostegno rivolti a famiglie con a carico persone non autosufficienti come da delibera G.R. 48/23 DEL 1.12.2011 **con contratto a tempo**

Esperienza lavorativa pregressa maturata **RAPPORTI DI LAVORO MATURATI IN APPLICAZIONE DELLA LEGGE 162/98 e/o da altri interventi di sostegno rivolti a famiglie con a carico persone non autosufficienti programma "Ritornare a casa"**

**Servizio 1** dal \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ (indicare giorno/mese/anno) presso \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Mansione svolta nell'ambito dell'assistenza diretta alla  
persona - Tipologia contrattuale \_\_\_\_\_ matricola previdenziale \_\_\_\_\_

**Per un totale di mesi** \_\_\_\_\_

**Servizio 2** dal \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ (indicare giorno/mese/anno) presso \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Mansione svolta nell'ambito dell'assistenza diretta alla  
persona - Tipologia contrattuale \_\_\_\_\_ matricola previdenziale \_\_\_\_\_

**Per un totale di mesi** \_\_\_\_\_

**Servizio 3** dal \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ (indicare giorno/mese/anno) presso \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Mansioni svolta nell'ambito dell'assistenza diretta alla  
persona - Tipologia contrattuale \_\_\_\_\_ matricola previdenziale \_\_\_\_\_  
**Per un totale di mesi** \_\_\_\_\_

**Servizio 4** dal \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ (indicare giorno/mese/anno) presso \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Mansioni svolta nell'ambito dell'assistenza diretta alla  
persona - Tipologia contrattuale \_\_\_\_\_ matricola previdenziale \_\_\_\_\_  
**Per un totale di mesi** \_\_\_\_\_

**Servizio 5** dal \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ (indicare giorno/mese/anno) presso \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Mansioni svolta nell'ambito dell'assistenza diretta alla  
persona - Tipologia contrattuale \_\_\_\_\_ matricola previdenziale \_\_\_\_\_  
**Per un totale di mesi** \_\_\_\_\_

**N.B. - Nell'ipotesi non siano sufficienti gli spazi disponibili, aggiungere un numero di allegati adeguato**

**II/La sottoscritto/a DICHIARA INOLTRE:**

- di aver preso visione del Regolamento di iscrizione e selezione al corso allegato all'Avviso e di prendere atto che ogni comunicazione nonché la pubblicazione delle graduatorie provvisorie e definitive, verranno effettuate unicamente attraverso il sito web ufficiale [www.cpeleonardo.it](http://www.cpeleonardo.it).
- di essere consapevole che verranno escluse:
  - o Le domande pervenute senza valido documento di identità allegato o prive del certificato di equipollenza rilasciato dal MIUR secondo la normativa vigente
  - o Le domande inviate con modalità differenti rispetto a quelle previste nell'Avviso
  - o Le domande inviate prima e dopo i termini indicati nell'Avviso
  - o Le domande inviate senza le indicazioni di servizio progressivo, e/o altre indicazioni relative alla valutazione dei requisiti fondamentali
- di essere consapevole che la documentazione da allegare obbligatoriamente alla presente è la seguente:
  - o Fotocopia codice fiscale
  - o Fotocopia documento di identità in corso di validità
  - o Certificato di equipollenza del titolo di studio (solo per cittadini comunitari)
- di essere consapevole che tutte le autocertificazioni dovranno essere confermate dalla produzione dei titoli dichiarati in fase di ammissione al corso e che l'Agenzia formativa si riserva di richiedere eventuale documentazione aggiuntiva a riprova delle dichiarazioni rese dai candidati
- di essere informata/o e consapevole che tutte le comunicazioni e le convocazioni avverranno esclusivamente attraverso il sito [www.cpeleonardo.it](http://www.cpeleonardo.it)

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Informativa ai sensi del D.Lgs. 196/2003 (T.U. sulla Privacy): i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**SCADENZA 30 giugno 2015**