

Allegato 2) – domanda di partecipazione selezione Operatore Generico di Assistenza

Al Direttore Generale
di A.S.C.A.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ C.F. _____

residente a _____ CAP _____

in via _____ n. _____

tel fisso _____

Cell* _____

e-mail* _____

**campo obbligatorio*

CHIEDE

di essere ammesso alla selezione per la costituzione di una graduatoria di idoneità per assunzioni nel profilo di OPERATORE GENERICO DI ASSISTENZA a tempo INDETERMINATO e pieno, di cui alla determinazione DG n. 140 del 17/08/2021, prot. **946/2021**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, nonché della decadenza dei benefici prodotti dai provvedimenti emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere ai sensi dell'art.75 D.P.R. 445/2000,

DICHIARA:

- di aver preso visione dell'avviso di selezione di cui Vs. **prot. n. 946/2021** e di accettarne tutte le condizioni;
- di essere cittadino italiano / di altro Stato membro dell'Unione Europea/ cittadino extracomunitario in possesso di regolare permesso di soggiorno **(indicare la voce di interesse)**;
- di avere una età non inferiore a 18 (diciotto) anni alla data della scadenza del termine della presentazione della domanda;
- di essere in possesso di patente B;
- di possedere il diploma di Licenza media;

- di possedere completa idoneità fisica a ricoprire il posto, senza alcuna limitazione;
- di non avere subito condanne penali passate in giudicato comportanti lo stato di interdizione o misure che escludono, secondo le leggi vigenti, dalla nomina agli impieghi presso enti pubblici;
- di autorizzare l'Azienda al trattamento dei dati personali forniti, per l'esecuzione degli adempimenti relativi la presente selezione e agli eventuali successivi rapporti di lavoro che dovessero instaurarsi tra le parti, nel rispetto delle nuove disposizioni introdotte dall'entrata in vigore del nuovo Regolamento UE 2016/679 e successive modifiche ed integrazioni in materia di privacy secondo quanto specificato nell'apposita informativa da sottoscrivere e allegare alla presente;
- di essere a conoscenza ed accettare le previsioni dell'avviso circa le modalità di notifica ai candidati delle date in cui si effettueranno la/le prove di selezione;
- di essere in possesso del seguente titolo abilitante:

Rilasciato dall'Ente accreditato:

In data: _____

- di aver conseguito gli esami con esito positivo per il rilascio del seguente titolo abilitante:

Che sarà rilasciato dall'Ente accreditato:

In data: _____

Oppure:

- Dichiaro di essere iscritto e di frequentare il corso O.S.S. da 1.000 ore organizzato da:

Con sede del corso in _____ (provincia di _____)

Con data di fine corso prevista per la data o mese di _____

Dichiara che tale titolo/dichiarazione di iscrizione e frequentazione corso OSS corsi di formazione attivi sul territorio della Provincia di _____ riscontra il requisito minimo previsto dai requisiti specifici del bando.

(Si allega attestazione di frequenza)

- DI AVER MATURATO ANNI N. _____ E MESI N. _____ DI ESPERIENZA NELLA QUALIFICA DI OPERATORE SOCIO SANITARIO PRESSO STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI.**

(Non vanno conteggiati quali esperienze lavorative periodi di apprendistato, stage, tutorato o simili.)

- Dichiaro che l'indirizzo e-mail utile per le comunicazioni previste dall'avviso di selezione è il seguente:

- Chiedo che ogni eventuale comunicazione non rinvenibile sul sito sia inviata all'indirizzo mail sopra indicato.

Allega:

1. *curriculum vitae;*
2. *Fotocopia (non autenticata) di un documento di identità in corso di validità del dichiarante;*
3. *Informativa sulla Privacy;*
4. *eventuale attestazione di frequenza corso OSS;*
5. *eventuali attestati di formazioni conseguiti e inerenti alla mansione:*

formazione sulla sicurezza luoghi di lavoro art.37 del D.Lgs.81/2008,

formazione lavoratore Addetto Prevenzione Incendi,

altro (indicare): _____

altro (indicare): _____

Luogo e data

Firma leggibile del dichiarante

La firma NON deve essere autenticata

INFORMATIVA AI CANDIDATI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI.

Egr. Sig./Gent.ma Sig.ra _____,

Azienda Speciale Consortile Agordina, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in via Dozza, 1 – 32021 Agordo (BL), in qualità di titolare del trattamento dei dati personali (di seguito “Titolare”), rilascia la presente informativa all’Interessato nel rispetto della disciplina europea e italiana in materia di protezione dei dati personali.

Il Titolare ha nominato un responsabile della protezione dei dati (DPO), che l’Interessato potrà contattare scrivendo al seguente recapito: dpo@servizisocialiasca.it.

Finalità e base giuridica del trattamento

Il Titolare tratta i dati personali per le finalità connesse o strumentali allo svolgimento dell’attività di ricerca e selezione del personale. La base giuridica è costituita dalla necessità per il perseguimento delle suddette finalità e il consenso è necessario solo in presenza di dati relativi alla salute, come l’appartenenza a categorie protette.

Periodo di conservazione dei dati

Il Titolare tratterà i dati per un periodo massimo di ventiquattro mesi, decorso il quale saranno distrutti o resi anonimi.

Natura del conferimento dei dati e conseguenze in caso di rifiuto

Il conferimento dei dati è necessario e pertanto l’eventuale rifiuto a fornirli in tutto o in parte può dar luogo all’impossibilità per il Titolare di valutare il profilo del candidato.

Categorie di destinatari

Il Titolare non diffonderà i dati, ma intende comunicarli a figure interne autorizzate al trattamento in ragione delle rispettive mansioni, nonché a professionisti, agenzie o società coinvolti nella ricerca del personale, professionisti o società di servizi, consulenti del lavoro e medico del lavoro.

Tali destinatari, ove dovessero trattare dati per conto del Titolare, saranno nominati responsabili del trattamento con apposito contratto o altro atto giuridico.

Trasferimento dati verso un Paese terzo e/o un’organizzazione internazionale

I dati personali non saranno oggetto di trasferimento né verso Paesi terzi non europei né verso organizzazioni internazionali.

Diritti degli interessati

L’interessato ha il diritto di chiedere al Titolare di accedere ai propri dati personali e di rettificarli se inesatti, di cancellarli o limitarne il trattamento se ne ricorrono i presupposti, di opporsi al loro trattamento per legittimi interessi perseguiti dal Titolare, nonché di ottenere la portabilità dei dati personalmente forniti solo se oggetto di un trattamento automatizzato basato sul consenso o sul contratto. L’interessato ha altresì il diritto di revocare il consenso prestato per le finalità di trattamento che lo richiedono, ferma restando la liceità del trattamento effettuato sino al momento della revoca.

Per esercitare i propri diritti, l’Interessato può utilizzare il modulo disponibile al link <https://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/1089924> e inoltrarlo al seguente recapito: amministrazione@servizisocialiasca.it.

L’Interessato ha anche il diritto di proporre reclamo all’autorità di controllo competente in materia, Garante per la protezione dei dati personali (www.garanteprivacy.it).

Preso visione dell’informativa sopra riportata, presto il consenso al trattamento dei dati relativi alla salute eventualmente comunicati.

Data e firma _____