**DOMANDA DI AMMISSIONE ALL.1**

Il/La sottoscritto/a nato/a

a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/ sesso

cittadinanza C.F.

residente a Prov. ( ) in Via/Corso/P.zza

 n. CAP domiciliato/a Prov. ( \_\_\_\_) in Via/Corso/P.zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. CAP mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

posta certificata telefono Cellulare titolo di studio posseduto denominazione titolo di studio anno di conseguimento

 voto .

Il/La candidato/a dichiara di possedere i seguenti requisiti:

1. Godimento di diritti politici e civili;
2. Non aver subito condanne penali;
3. Avere un’età non inferiore a 18 anni;
4. Essere idoneo al regolare svolgimento delle mansioni relative alla posizione di cui alla presente procedura;
5. Possesso di regolare permesso di soggiorno per cittadini extracomunitari (per i non italiani è richiesta la conoscenza parlata e scritta della lingua italiana).

CHIEDE DI ESSERE AMMESSA/O ALLA SELEZIONE DEL SEGUENTE PROFILO:

* OPERATORI SOCIO-SANITARI

Si allega l’Informativa relativa al trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento UE 2016/679) con consenso.

Luogo e Data Firma