

Alla c.a. Direttore Generale

Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina

Ufficio Protocollo

Via Vittorio Veneto 174, – 34170 Gorizia

Via del Farneto, 3 -34142 TRIESTE

Mail/PEC: asugi@certsanita.fvg.it

Il/La sottoscritto/a.....

CHIEDE

di partecipare alla selezione per l'ammissione al **percorso di Operatore socio-sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria (OSS-c) di 400 ore** FP2342807901 organizzato da ASUGI, di cui al Decreto FVG n.41792/GRFVG del 15/09/2023 "Percorsi di formazione per l'acquisizione della qualifica di OSS e di OSS C. Approvazione operazioni" .

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle realtà penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e degli articoli 483-489-495 e 496 del Codice Penale, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA quanto segue:

a) **di essere nato/a a**

..... Prov..

Il cittadinanza..... nazionalità.....

b) **di essere residente a** Prov.....

CAP..... In via n°.....

domicilio (se diverso dalla residenza).....

Codice fiscale tel.....

cell..... email.....

c) **di essere in possesso dell'attestato di qualifica di Operatore socio-sanitario ai sensi dell'art. 12 dell'accordo stato-regioni del 22/02/2001**

conseguito presso l'Istituto/Ente

in data.....

d) di essere in possesso di un titolo riconosciuto equipollente ai sensi dell'art. 13 dell'accordo stato-regioni del 22/02/2001 e DGR n.1434 del 17 luglio 2015
N.B. allegare fotocopia dell'attestato

e) di essere:

☐ disoccupato

☐ occupato

Se occupato, dichiara di lavorare presso:

Aziendadal.....

Qualifica

Numero ore settimanali da contratto.....

Indicare le esperienze lavorative precedenti, se presenti:

Aziendadal.....al.....

Qualifica

Numero ore settimanali da contratto.....

Aziendadal.....al.....

Qualifica

Numero ore settimanali da contratto.....

Aziendadal.....al.....

Qualifica

Numero ore settimanali da contratto.....

Indicare altri titoli di studio, aggiornamento professionale, se presenti:

titolo.....anno

titolo.....anno

titolo.....anno

Il/La sottoscritto/a.....

pena l'esclusione dalla selezione, allega alla domanda la seguente documentazione:

- fotocopia della carta di identità
- fotocopia del codice fiscale
- fotocopia dell'attestato di qualifica di Operatore socio-sanitario o titolo equipollente

gli STUDENTI STRANIERI devono allegare inoltre:

- fotocopia del permesso di soggiorno in corso di validità

La presentazione della domanda di partecipazione all'avviso in oggetto implica il consenso al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003 e del GDPR 679/2016.

Data.....

In fede

.....

(firma)

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ANTONIO POGGIANA
CODICE FISCALE: PGGNTN64M30C743F
DATA FIRMA: 08/11/2023 16:12:17
IMPRONTA: 3D763E85C0CBBBDB5175BF01FCA59223610A06126AA317A1E18E2B9D028ED80D
610A06126AA317A1E18E2B9D028ED80D208E7199185991F566796EC46970872E
208E7199185991F566796EC46970872E7EC481CAB6676A389BCBFA71D8BE803F
7EC481CAB6676A389BCBFA71D8BE803FD7FE1A26068C7B894AD19C477903B6F0

NOME: MARILENA FRANCIOSO
CODICE FISCALE: FRNMLN57L54E098U
DATA FIRMA: 08/11/2023 16:15:05
IMPRONTA: 117521BEC7BBCAEEDB63A694D88468DAD2155377D15258DCCE819E1DD0CB494B
D2155377D15258DCCE819E1DD0CB494B1C253E13900EA4FB0B5BA8F0D19C5672
1C253E13900EA4FB0B5BA8F0D19C5672A9CA73A6B1C2BCF0522972D9DE003967
A9CA73A6B1C2BCF0522972D9DE003967E692D0D6CC3B20EC5F2296E8E80ED927

NOME: ANDREA LONGANESI
CODICE FISCALE: LNGNDR61R19A547T
DATA FIRMA: 08/11/2023 16:45:12
IMPRONTA: 3D48166F7C5E6D179814540E1F90CF8E63DCF9BFB1E13E2FC793985BF4C93259
63DCF9BFB1E13E2FC793985BF4C93259F5B5F731CA0D66E733220790CAD2F7F5
F5B5F731CA0D66E733220790CAD2F7F56C13CC62F3F9CCB933D092B2CB81895E
6C13CC62F3F9CCB933D092B2CB81895EB0A2AF158AFE1BADCE62C93AE626622

NOME: EUGENIO POSSAMAI
CODICE FISCALE: PSSGNE59M27C957L
DATA FIRMA: 08/11/2023 16:58:48
IMPRONTA: 4E66C79E4466435BB52E7FBBE573023A6D92F2B7056C2EA4E6633265DEFEE075
6D92F2B7056C2EA4E6633265DEFEE075A45AAD59D08B8FD41AB1970080A077EA
A45AAD59D08B8FD41AB1970080A077EA5D05C0A19DB8D97C74D253B6423D5908
5D05C0A19DB8D97C74D253B6423D5908842B60755F184CF274E7D5CFE5B22625