|  |
| --- |
|  |

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLE PROVE DI SELEZIONE**

**Percorsi di formazione per l’acquisizione della qualifica di Operatore socio-sanitario OSS**

**FORMAZIONE INIZIALE 1000 ORE**

**Sede di Udine**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio**

(artt. 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ M 🞏 F 🞏

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

in via/p.zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

recapito telefonico (n° cellulare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NUMERO DOCUMENTO DI IDENTITA' VALIDO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(N.B. COPIA DEL DOCUMENTO DI DENTITA' DEV'ESSERE CONSEGNATA AL MOMENTO DELLO SVOLGIMENTO DEL TEST)**

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

**D I C H I A R A**

🞏 di essere residente nella Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia

🞏 di essere in possesso del diploma di scuola dell’obbligo (terza media), o titolo straniero equipollente

🞏 di non aver compilato la medesima domanda presso altro Ente di Formazione in Regione

🞏 di essere in **possesso di certificazione di avvenuta vaccinazione contro SARS CoV-2** come previsto dall'Avviso approvato con Decreto n° 10634/GRFVG del 25/08/2022 della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia.

🞏 di consentire il trattamento dei dati personali nei termini previsti dal Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, dal Regolamento (UE) n. 679/2016 e dal Decreto legislativo 10 agosto 2018 n. 101.

**L’omessa indicazione nella domanda anche di un solo requisito richiesto per l’ammissione oltre che del consenso all’uso dei dati determina la non ammissione alle prove di selezione.**

🞏 (per i/le cittadini/e di nazionalità straniera) di essere in possesso di certificazione di conoscenza della lingua italiana di livello B1 conseguita presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ­in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  
(**Le cittadine e i cittadini stranieri devono dimostrare la conoscenza della lingua italiana almeno di livello B1. Il livello di conoscenza è verificato ex ante dal soggetto attuatore**)

(luogo, data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL/LA DICHIARANTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La presente dichiarazione non necessita dell’autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. Informativa ai sensi dell’art. 13 del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003 e del Regolamento (UE) n. 2016/679: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Titolare del trattamento è EnAIP Friuli Venezia Giulia; l'informativa ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679 è consultabile al link: https//www.enaip.fvg.it/privacy

*Le operazioni hanno ricevuto il sostegno del Programma regionale (PR) FSE+ 2021 – 2027 della Regione Friuli Venezia Giulia*