

Allegato 5

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

[Soggetto partecipante]

(ai sensi degli articoli 46 e 47 del d.P.R. del 28/12/2000 n. 445)

Il sottoscritto nato a il residente a in Via n. CAP, comune, provincia, codice fiscale pec....., e-mail..... cell....., ai fini della partecipazione all' "**Avviso n.4/FSE/2020 "RIQUALIFICAZIONE OSS"** Avviso per erogazione delle Misure Compensative di cui all'art 3 Regolamento Regionale n 17 del 3 dicembre 2018", ed ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/00, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali, ai sensi dell'art. 76 del richiamato D.P.R. 445/00,

DICHIARA

- di voler partecipare al percorso formativo ammesso al Catalogo delle Misure Compensative **nella Provincia di:**
- di essere in possesso dei requisiti di partecipazione al percorso formativo;
- di essere impegnato presso la struttura....., sita in con la forma contrattuale di lavoro:.....;
- di svolgere le seguenti mansioni:.....;
- di essere titolare di attestato di qualifica di Assistente Familiare, Assistente Domiciliare e dei Servizi Tutelari (ADEST)
ovvero
- essere titolare di attestato di qualifica di Operatore Tecnico dell'Assistenza (OTA) o Operatore Socio Assistenziale (OSA) o svolgere/avere svolto attività lavorativa di Ausiliario Sanitario presso strutture del settore sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale della Regione.

Si allegano i seguenti documenti:

- fotocopia in carta semplice di un documento di identità;
- consenso al trattamento dei dati personali ex Regolamento (UE) n. 2016/679
- Curriculum Vitae (CV) aggiornato alla data di presentazione della domanda di partecipazione e sottoscritto, con chiara indicazione delle esperienze professionali e delle mansioni svolte nonché delle strutture presso le quali si è maturata l'esperienza lavorativa. Non saranno ammesse le candidature presentate con modalità diverse da quelle indicate nel presente Avviso.