

**MODELLO DOMANDA AMMISSIONE**

All'Azienda \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Oggetto. Domanda di ammissione per la partecipazione al percorso formativo di riqualificazione professionale in Operatore Socio Sanitario, di cui all'Avviso 1/2014, adottato con Determinazione del Dirigente Servizio Formazione Professionale n. 399 del 9 maggio 2014, pubblicata sul B.U.R.P. n. 62 del 15 maggio 2014.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_, provincia \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_, **alla data di pubblicazione del presente Avviso, ausiliario in servizio** presso \_\_\_\_\_, con contratto di lavoro a tempo \_\_\_\_\_, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli art.li 46 e 47 D.P.R. 445/2000, concernenti le dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell'atto di notorietà, consapevole altresì delle sanzioni penali per le dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, con la presente:

**CHIEDE**

di essere ammesso al percorso formativo di riqualificazione professionale in Operatore Socio Sanitario di cui all'Avviso 1/2014, adottato con Determinazione del Dirigente Servizio Formazione Professionale n. 399 del 9 maggio 2014, pubblicata sul B.U.R.P. n. 62 del 15 maggio 2014, riservato al personale ausiliario già in servizio a tempo indeterminato e determinato alle dirette dipendenze delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere Universitarie e degli II.RR.CC.CC.SS. pubblici, nonché al personale in servizio con contratti a tempo indeterminato e determinato alle dipendenze di Enti Ecclesiastici, Case di Cura private accreditate con il S.S.R., IRCCS privati, e altri soggetti privati titolari e gestori di strutture private sanitarie extraospedaliere accreditate (hospice, RSA, strutture riabilitative residenziali e semiresidenziali) e dei servizi domiciliari, nonché delle strutture sociosanitarie (RSSA, case per la vita, comunità socioriabilitative).

**DICHIARA**

ai predetti fini **di svolgere attività di cura, con prestazioni di base, rivolte ai pazienti** delle strutture ospedaliere, sanitarie extraospedaliere (hospice, RSA, strutture riabilitative residenziali e semiresidenziali) e dei servizi domiciliari, ovvero presso le società in house delle Aziende;

**di non essere dipendente in servizio, a tempo indeterminato, già in possesso dell'attestato di Operatore Tecnico addetto all'Assistenza**, pertanto, destinatario di un progetto formativo distinto già avviato dal Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica della Regione Puglia;

di accettare tutte le disposizioni del presente avviso.

Dichiara, inoltre, di voler ricevere ogni comunicazione inerente la presente procedura al seguente indirizzo:

---

---

---

Impegnandosi a comunicare eventuali variazioni successive e riconoscendo che l'Amministrazione regionale non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n.196/2003 il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti con la presente richiesta siano trattati, nel rispetto del D.lgs n. 196/2003, per gli adempimenti connessi alla presente procedura ed autorizza la loro pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione e sul sito internet della Regione Puglia.

All'uopo allega alla presente:

**curriculum formativo professionale;**

**copia del documento di identità in corso di validità;**

\_\_\_\_\_;

Data \_\_\_\_\_

**Firma**

---