Allegato A - Modulo di Domanda

Spett.le _____

_____

AGGIORNAMENTO SHORT LIST DA CUI ATTINGERE PER INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO PER IL SUPPORTO ALL'ESPLETAMENTO DELLE PRESTAZIONI INTEGRATIVE PREVISTE PER IL BANDO INPS "HOME CARE PREMIUM 2025 - ASSISTENZA DOMICILIARE 2025-2028" PER I BENEFICIARI AFFERENTI AI COMUNI DELL'AMBITO S6 -

Il/la sottoscritto/a_____
nato/a _____ il _____, residente in _____ alla
Via_____C.F._____
Telefono _____ E-mail_____
Pec_____

Chiede

di essere iscritto alla Short List del Piano Sociale di Zona dell'Ambito _____
nella SEZ. _____Figura Professionale_____

A tale scopo, dichiara sotto la propria responsabilità e ai sensi del D.P.R. 445/2000:

a. di essere cittadino/a italiano/a *ovvero* di appartenere ad uno degli Stati membri dell'Unione Europea;

a. di avere un'ottima conoscenza della lingua italiana scritta e parlata (*solo per i canditati di nazionalità straniera*)

b. di godere dei diritti civili e politici e di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____*oppure* di non essere iscritto/a in nessuna lista elettorale o di esservi stato/a cancellato per i seguenti motivi:_____

c. di non aver condanne penali, né di avere procedimenti penali in corso *oppure* di avere subito o di avere in corso i seguenti procedimenti e condanne penali:

_____

d. di non essere stato destituito, dispensato o dichiarato decaduto dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;

e. di non aver in atto un rapporto di lavoro subordinato o autonomo che rende incompatibile il rapporto di collaborazione con l'Ambito Territoriale S 6 e con i Comuni che ne fanno parte;

f. di possedere idoneità fisica all'impiego;

g. di possedere il seguente titolo di studio (*specificare triennale/specialistica/magistrale/vecchio ordinamento*)_____
conseguito in data _____presso _____
con la seguente votazione _____

h. di precisare che il titolo posseduto è equipollente al titolo richiesto ai sensi

_____

i. di essere iscritto/a all'albo professionale di _____ dal _____

j. di essere titolare di P.IVA;

k. di avere in essere (in caso di OSA e/o OSS) un contratto con la cooperativa sociale .....

l. di avere il seguente recapito per eventuali comunicazioni inerenti il bando (*da compilare solo se diverso dalla residenza*): _____ Tel. _____;

m. di riconoscere ed accettare che l'iscrizione nella short list non comporta alcun diritto ad essere affidatari di incarichi da parte dell' Ambito S6;

n. di riconoscere ed accettare che l'iscrizione nella short list determinerà l'obbligo di stipulare apposite convenzioni, all'atto dell'eventuale conferimento dei singoli incarichi;

o. di aver preso visione dell'Avviso Pubblico e di accettare quanto ivi contenuto in ogni sua parte.

Allega alla presente:

- Fotocopia del documento di identità in corso di validità;
- Curriculum vitae
- Attestato di qualifica (OSA - OSS)
- Altro (specificare).....

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole di quanto prescritto dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, nonché sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 46 e 47 del medesimo D.P.R. 445/2000.

Dichiara, inoltre, di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Dlgs n. 196/03 e del Reg. UE 2016/67 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e, in caso di instaurazione del rapporto di lavoro, per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo e a tal fine dichiara la propria disponibilità all'uso dei propri dati personali per tali fini.

Data _____

Firma (*leggibile*)

_____