

Modello Domanda di Iscrizione al Registro Professionisti

AL COMUNE DI PALAGONIA

HOME CARE PREMIUM 2014

DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D 20

PIAZZA MUNICIPIO

95046 PALAGONIA

DATI ANAGRAFICI

Il/La sottoscritto/a

Cognome			
Nome			
Nato/a il		A	Prov.
Codice Fiscale			

RESIDENZA

Residente in:

Città		Prov.	C.A.P.
Via/Piazza			

ALTRO RECAPITO

Eventuale recapito diverso dalla residenza:

Città		Prov.	C.A.P.
Via/Piazza			

Recapito telefonico per eventuali comunicazioni

--	--

CHIEDE

di essere inserito/a nel Registro dei candidati idonei al conferimento di incarichi per l'espletamento delle attività Home Care premium 2014 nel Distretto Socio-Sanitario dell'Ambito Territoriale D.20.

(barrare una sola casella)

☐ Assistente Sociale;

☐ Consulente Legale;

☐ Consulente fiscale;

A tal fine:

DICHIARA

di aver preso visione e di accettare senza condizioni l'Avviso pubblico.

Il/La sottoscritto/a allega:

- 1 - Autocertificazione di possesso dei requisiti minimi previsti dalla vigente normativa;
- 2 - Copie dei titoli di studio e degli attestati professionali posseduti, autenticati mediante autocertificazione;
- 3 - Curriculum vitae professionale in formato europeo;
- 4 - Dichiarazione di essere in possesso dell'idoneità psico-fisica all'impiego;
- 5 - L'indicazione della partita IVA solo per gli operatori che prevedono di ricorrere ai contratti di lavoro autonomo;
- 6 - Elenco dei Titoli e delle certificazioni presentate.

Firma

Autorizza, nei limiti consentiti dalle norme sulla tutela della privacy e per le finalità connesse all'istituzione dell'Albo ed all'eventuale affidamento di incarichi, il trattamento dei dati personali sulla base di quanto previsto dal D.Lgs del 30 giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Firma