



**Azienda Speciale Consortile  
So.Le per la gestione di Servizi Sociali  
Sede operativa via XX settembre, 30  
20025 Legnano (MI)**

**Il/la sottoscritto/a**

Cognome e nome.....  
Data e luogo di nascita.....(.....)  
Codice Fiscale .....

Comune di residenza.....Prov. .... Cap .....

Indirizzo.....  
Domicilio (se diverso da residenza).....  
Recapiti telefonici: fisso..... .cell. ....  
Mail: .....

**Chiede di partecipare alla selezione finalizzata alla assunzione a TEMPO INDETERMINATO di OPERATORI SOCIALI da avviare al PROGETTO "INTEGRATION MACHINE" e/o ad attività affini.**

A tal fine dichiara:

1. di avere conseguito il titolo di studio di.....  
presso .....nell'a.a. ....;
2. di essere in possesso di tutti i titoli e i requisiti esperienziali richiesti nel presente avviso;
3. di avere il godimento dei diritti civili e politici;
4. di non essere stato destituito, licenziato o dispensato dall'impiego presso una pubblica Amministrazione o società pubblica per persistente insufficiente rendimento
5. l'assenza a proprio carico di condanne civili e/o penali che, salvo riabilitazione possano impedire l'instaurarsi e/o il mantenimento del rapporto di impiego;
6. di essere in possesso di Patente di guida cat.B;
7. di essere in possesso di idoneità fisica all'impiego.

Il/la sottoscritto/a esprime il consenso all'utilizzo dei dati personali forniti ai sensi del D.Lgs 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 ai soli fini della gestione della procedura selettiva stessa e per l'eventuale stipulazione e gestione del contratto individuale di lavoro nel rispetto delle disposizioni vigenti.

Il/la sottoscritta esprime il consenso a che il proprio nome e cognome sia pubblicato nella graduatoria approvata dagli organi competenti in esito alle selezioni, graduatoria che verrà diffusa mediante pubblicazione nelle forme previste dalle norme in materia e attraverso il sito internet dell'azienda nel rispetto dei principi di pertinenza e non eccedenza.

Data.....

**Firma**.....

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE e di NOTORIETA'**

Il sottoscritto/a.....(cognome e nome), nato/a a ..... il .....  
ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, e consapevole delle conseguenze e sanzioni previste rispettivamente agli art. 75 e 76  
del medesimo D.P.R.

**DICHIARA**

di aver lavorato, in qualità di OPERATORE SOCIALE, a diretto contatto con l'utenza, nei seguenti periodi e per il seguente monte ore totale:

<b>N.</b>	<b>ENTE</b>	<b>Servizio</b>	<b>DAL GG/MM/AA</b>	<b>AL GG/MM/AA</b>	<b>Monte ore totale</b>

Data e Firma

\_\_\_\_\_