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 pubblica per il conferimento di rapporti di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato per l'incarico di EDUCATORE PROFESSIONALE SOCIO- PEDAGOGICO E SANITARIO PER LE UNITA' D'OFFERTA AZIENDALI.

A tal fine allega:

- Copia della Carta di Identità;
- Curriculum vitae in formato Europeo datato e firmato;
- dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. 445/2000 in cui il partecipante indichi gli incarichi coperti in qualità di educatore, specificando durata e luogo di impiego, monte ore settimanale, datore di lavoro e natura contrattuale, usando esclusivamente il modello allegato.

Data..... **Firma**.....

Trattamento dei dati Personali

Nel rispetto della normativa prevista dal D.Lgs 30.06.2003 n. 196 e dal Regolamento UE n. 2016/679 – i dati forniti dai candidati per la partecipazione alla procedura selettiva sono raccolti ai soli fini dell'espletamento della procedura stessa e per l'eventuale stipulazione e gestione del contratto individuale di lavoro nel rispetto delle disposizioni previste dalle norme predette. Il Titolare del trattamento dei dati è Azienda Sociale del Legnanese con sede legale in Legnano, via e sede operativa in Legnano, via XX Settembre, 30. I dati verranno conservati solo per il periodo di validità della graduatoria.

Il presente bando è stato emanato ai sensi e per gli effetti di cui alla Legge 10 aprile 1991, n. 125 che garantisce pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro e tiene altresì conto dei benefici in materia di assunzioni riservate ai candidati disabili di cui alla Legge 68/1999 e agli aventi diritto di cui agli artt. 678 e 1014, comma 3, del D. Lgs. 66/2010 e s.m.i.

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 EDUCATORE PROFESSIONALE SOCIO- PEDAGOGICO E SANITARIO, a diretto contatto con l'utenza, nei seguenti periodi e per il seguente monte ore totale:

N.	ENTE	Servizio	DAL GG/MM/AA	AL GG/MM/AA	MONTE ORE SETTIMANALE	MONTE ORE TOTALE

Data e Firma

_____