

ALL. 1

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROVA SELETTIVA DEL CORSO
PER OPERATORE SOCIO SANITARIO - ANNO 2026/2027 - COD. PROGETTO N. 1552/2025
(DGRV n. 883 del 29/07/2025 – DDR n. 980/2025 e n. 1009/2025)**

La/Il sottoscritta/o, consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci (art. 76, DPR 445/2000)

Dichiara sotto la propria responsabilità:

COGNOME E NOME: _____
di essere nat ____ a _____ il _____
di essere Cittadino _____
di essere residente a _____ (____) cap _____
via _____ n. _____
telefono _____ indirizzo mail _____

(necessario per tutte le comunicazioni successive e relative alla presente domanda)

CODICE FISCALE _____

di essere in possesso del seguente titolo di studio:

Documenti da allegare:

1. Copia della ricevuta telematica del contributo spese per la partecipazione alla selezione di euro 15,00;
2. fotocopia carta identità;
3. fotocopia codice fiscale;
4. fotocopia del titolo di studio (con Dichiarazione di Valore o Attestato di comparabilità rilasciato da CIMEA se titolo di studio è stato conseguito all'estero);
5. fotocopia di certificazione linguistica B1 per i corsisti stranieri che non hanno un titolo di studio conseguito in Italia;
6. fotocopia del permesso di soggiorno per cittadini stranieri.

Per i SOLI candidati con diagnosi di disturbi specifici dell'apprendimento - DSA:

1. Copia della certificazione comprovante DSA rilasciata dalla commissione medico-legale dell'ASL di competenza o da altra struttura riconosciuta.

Consenso dell'Interessato al trattamento dei propri dati personali

Il/la sottoscritto/a con la sottostante firma attesta il proprio libero consenso affinché il Titolare proceda ai trattamenti dei propri dati resi come risultanti dalla informativa contenuta nell'avviso di selezione. Estende il proprio consenso anche al trattamento dei dati personali sensibili, identificativi, giudiziari vincolandolo comunque al rispetto di ogni altra condizione imposta per legge. È a conoscenza che è possibile, presso gli uffici amministrativi, prendere visione del Regolamento UE n. 2016/679. Per ogni invio di richiesta e/o di modifica relativamente al trattamento dei dati fare riferimento a: rp@aulss8.veneto.it

Chiede, infine, che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda venga fatta pervenire al seguente indirizzo e mail: _____

Data, _____ Firma _____