

Avviso pubblico
per eventuali assunzioni a tempo determinato di
“PERSONALE SOCIO SANITARIO” nell’ambito dell’emergenza COVID - 19

RICHIAMATI: Il D.L. 23 febbraio 2020, n. 6; - Il D.L. 2 marzo 2020, n. 9; - Il D.P.C.M. 8 marzo 2020; - Il D.L. 9 marzo 2020, n. 14; - Il D.P.C.M. 9 marzo 2020; - Il D.L. 8 marzo 2020, n. 11; - Il D.P.C.M. 11 marzo 2020; - Il D.L. 17 marzo 2020, n. 18; - Il D.P.C.M. 22 marzo 2020; il D.P.C.M. 01 aprile 2020; il D.P.C.M. 10 aprile 2020; il D.P.C.M. 26/04/2020; il D.P.C.M. 17 maggio 2020; la Legge n. 35 del 22 maggio 2020; il D.P.C.M. del 11 giugno 2020; il D.P.C.M. 14 luglio 2020; la Legge n. 74 del 14 luglio 2020; il D.P.C.M. della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 07 agosto 2020; il D.P.C.M. della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 07 settembre 2020; la Legge n. 124 del 25 settembre 2020; la Legge n. 126 del 13 ottobre 2020; il D.P.C.M. del 13 ottobre 2020; il D.P.C.M. del 18 ottobre 2020; il D.P.C.M. del 24 ottobre 2020; il D.P.C.M. del 03 novembre 2020; il D.P.C.M. del 03 dicembre 2020; la Legge n. 176 del 18 dicembre 2020; il D.P.C.M. del 14 gennaio 2021; la Legge n. 6 del 29 gennaio 2021;

DATO ATTO: che presso questa Azienda non sono allo stato vigenti graduatorie di concorsi pubblici per assunzioni a tempo indeterminato e/o di avvisi pubblici per assunzioni a tempo determinato riferite a personale del profilo di Operatore socio sanitario;

VISTI: il Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi; il D.lgs 165/2001 e s.m.i.;

CONSIDERATA l’ emergenza determinata dal diffondersi del COVID - 19

in esecuzione del Provvedimento n. 44 del 23.02.2021;

SI RENDE NOTO

È indetta una selezione pubblica volta ad individuare elenchi di persone idonee allo svolgimento di prestazioni assistenziali presso le strutture gestite dall’ASP.

In caso di necessità determinata dal diffondersi del COVID – 19 i candidati idonei saranno avviati alle assunzioni a tempo determinato presso le strutture e i servizi per anziani gestiti dell’ASP sul territorio di sua competenza ovvero il Distretto Forlivese secondo l’ordine di merito della graduatoria.

1. TRATTAMENTO ECONOMICO E ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

Il trattamento economico lordo del posto messo a concorso è quello previsto dal vigente CCNL del Comparto Regioni e Autonomie Locali per la categoria B1. Saranno inoltre corrisposte la tredicesima mensilità e le altre voci di retribuzione accessoria, l’assegno al nucleo familiare ed altre indennità, se spettanti.

Gli emolumenti sono soggetti alle ritenute erariali, previdenziali ed assistenziali previste dalla legge.

L’orario di lavoro sarà articolato in turni, sia diurni che notturni, sia feriali che festivi. È facoltà dell’ASP in base alle proprie esigenze organizzative o di servizio definire i turni giornalieri di lavoro.

2. REQUISITI RICHIESTI PER L’AMMISSIONE ALLA SELEZIONE

Sono garantite parità e pari opportunità tra uomini e donne per l’accesso al lavoro ed il trattamento sul lavoro, ai sensi dell’art. 27 del D.lgs. 198/2006 “Codice delle pari opportunità tra uomo e donna” e dell’art. 57 del D.Lgs. 165/2001. Il termine “candidati” utilizzato nel presente bando si riferisce ad aspiranti dell’uno e dell’altro sesso. I requisiti per l’ammissione alla selezione sono i seguenti:

- a) Cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell’Unione Europea. Sono fatte salve le disposizioni di cui all’art. 38 del D.Lgvo 165/2001 nel testo vigente;
- b) Età: non inferiore agli anni 18;

- c) **Attestato professionale di “Operatore Socio Sanitario”** rilasciato o riconosciuto dalla Regione Emilia Romagna o attestato equivalente rilasciato da Enti di altre Regioni;
- d) Pieno godimento dei diritti civili e politici;
- e) Assenza di destituzione o dispensa dall'impiego o decadenza dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione.
- f) Assenza di condanne o di procedimenti penali in corso e non essere stati interdetti o sottoposti a misure che escludono, secondo le leggi vigenti, dalla nomina agli impieghi pubblici;
- g) Idoneità fisica allo svolgimento delle mansioni connesse al posto;
- h) Posizione regolare nei riguardi degli obblighi di leva e degli obblighi di servizio militare, per coloro che sono soggetti a tale obbligo;

I requisiti suddetti devono essere posseduti alla data di scadenza del presente bando.

3. DOMANDA DI AMMISSIONE

Coloro che intendono partecipare alla selezione dovranno presentare domanda in carta semplice, diretta ad A.S.P. del Forlivese – 47016 Predappio, **a decorrere dalla data di pubblicazione (24.02.2021) fino alle ore 13.00 del giorno 10.03.2021, salvo proroghe**, utilizzando lo schema di domanda **allegato A)**. Vista la particolare situazione di emergenza e le indicazioni ministeriali e regionali di limitare gli spostamenti verranno accettate le domande inviate con le seguenti modalità:

- ✓ mediante messaggio inviato da una Casella di Posta Certificata alla mail certificata aspforlivese@nexinpec.it ;
- ✓ mediante mail ordinaria inviata a info@aspforlivese.it . In questo caso si consiglia di verificare la nostra ricezione della domanda telefonando al 0543/1900837 – dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00.

Nell'oggetto della mail indicare: **“Partecipazione selezione Operatori Socio Assistenziali emergenza COVID - 19”**.

E' fatto obbligo agli aspiranti di dichiarare nella domanda, sotto la propria responsabilità:

- a) Il cognome ed il nome, luogo e data di nascita e cittadinanza;
- b) Il domicilio o recapito al quale l'A.S.P dovrà indirizzare tutte le comunicazioni relative al concorso;
- c) Il pieno godimento dei diritti civili e politici;
- d) Di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso, ovvero le eventuali condanne penali riportate e gli eventuali procedimenti penali pendenti (tale dichiarazione è da rendere anche nell'assenza assoluta di condanne e di procedimenti penali in corso);
- e) Di non essere stati destituiti o dispensati dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;
- f) La idoneità fisica alle mansioni del posto a concorso, con esenzione da difetti che possano influire sul rendimento del servizio;
- g) La posizione nei riguardi degli obblighi militari (per i candidati di sesso maschile);
- h) Il titolo di studio posseduto, con indicazione della autorità scolastica che lo ha rilasciato, ovvero in assenza di qualifica certificazione attestante a quale livello del corso da OSS si trova il candidato o la certificazione delle competenze in caso di assistente familiare o di titolo di studio estero, in questo caso la certificazione delle competenze deve comunque essere riportato in testo ufficiale tradotto in italiano;
- i) Eventuale indicazione della categoria che dia diritto alla riserva del posto;
- j) Eventuale titolo che dia diritto alla precedenza o preferenza a parità di merito;

La domanda, contenente tutte le dichiarazioni richieste, deve essere obbligatoriamente firmata.

Alla domanda devono essere obbligatoriamente allegati:

- a) **fotocopia di un documento d'identità;**
- b) **permesso di soggiorno in corso di validità** (solo per i cittadini extracomunitari);
- c) **fotocopia attestato operatore socio-sanitario;**
- d) **curriculum professionale datato e sottoscritto dal candidato utilizzando lo schema di cui all'allegato B) al presente avviso.**

Si precisa che ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 in luogo della produzione dell'originale o copia autentica del titolo di studio e degli altri requisiti specifici richiesti (Es. Permesso di soggiorno), la dimostrazione del possesso dei medesimi può essere fornita mediante certificazione sostitutiva di dichiarazione.

4. AMMISSIONE ALLA SELEZIONE E VALUTAZIONE

Verrà stilata una graduatoria sulla base delle competenze pregresse acquisite.

L'esperienza specifica verrà valutata attribuendo i seguenti punteggi:

- 0,02 punti per ogni giorno di servizio come Operatore Socio Sanitario prestato presso Servizi residenziali o semiresidenziali per anziani non autosufficienti gestiti dall'ASP del Forlivese o altro soggetto pubblico mediante contratto diretto con il soggetto gestore ovvero attraverso contratto di somministrazione lavoro;
- 0,01 punti per ogni giorno di servizio come Operatore Socio Sanitario prestato presso Servizi residenziali o semiresidenziale per anziani non autosufficienti gestiti da soggetti privati anche attraverso contratto di somministrazione lavoro.

L'esperienza specifica viene valutata sino alla data di scadenza dell'avviso (10/03/2021) (o fino alla data di rilascio di certificazione se precedente) e fino alla concorrenza del punteggio massimo attribuibile di 30 punti.

Il servizio prestato a tempo parziale verrà valutato per intero se superiore a 18 ore settimanali ovvero al 50% se inferiore a 18 ore settimanali. In caso di mancata indicazione dell'orario di lavoro (tempo pieno e/o part time con indicazione delle ore), il servizio NON potrà essere valutato.

Verrà valutata esclusivamente l'esperienza dichiarata nell'apposito curriculum professionale – allegato B al presente avviso che varrà come dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000.

Per ogni periodo lavorativo è necessario indicare con chiarezza la data di inizio e fine del servizio stesso con GIORNO, MESE e ANNO. L'ASP in qualsiasi momento potrà richiedere ai candidati la produzione dei documenti attestanti quanto dichiarato nel curriculum professionale. Qualora dai controlli effettuati sui titoli di servizio emergano risultanze difformi rispetto a quanto dichiarato nel curriculum, si procederà al ricalcolo dei periodi di servizio interessati, all'eventuale riformulazione della graduatoria di merito nonché alla risoluzione dell'eventuale rapporto di lavoro instaurato in virtù della precedenza nella graduatoria modificata. Rimane ferma la responsabilità dei candidati per dichiarazioni non veritiere ai sensi dell'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445.

A parità di punteggio si applica quanto disposto dall'art. 5 del D.P.R. 487/94 in materia di riserve e preferenze. Successivamente è, in ordine, titolo preferenziale:

- 1° aver svolto e completato il servizio civile volontario presso l'ASP;
- 2° la più giovane età del candidato.

I candidati potranno verificare lo stato della graduatoria consultando il sito internet www.aspforlivese.it, nella sezione "Bandi".

5. VALIDITÀ E UTILIZZO DELLA GRADUATORIA

Dalla data di chiusura della selezione la graduatoria sarà valida 6 mesi salvo proroga per il perdurare dell'emergenza. Nel periodo di validità della graduatoria, l'ASP si riserva comunque la possibilità di bandire eventuali altre selezioni. L'ASP potrà, in ogni caso, prorogare il termine della selezione, revocarla o comunque adottare quei provvedimenti che ritenesse opportuni per ragioni di pubblico interesse.

L'ASP si riserva di effettuare gli opportuni controlli sulle dichiarazioni rese dai candidati in merito ai requisiti per l'ammissione nonché sul contenuto delle dichiarazioni di servizio e sulla documentazione prodotta. Qualora dai controlli effettuati sui titoli di servizio emergano risultanze difformi rispetto a quanto dichiarato, si procederà al ricalcolo dei periodi di servizio interessati, e all'eventuale riformulazione delle graduatorie di merito, ferma restando la responsabilità dei candidati per dichiarazioni non veritiere ai sensi dell'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445. Il candidato che non risulti in possesso dei requisiti prescritti per l'ammissione alla selezione verrà escluso dalla graduatoria. L'accertamento della mancanza anche di uno solo dei requisiti prescritti comporta comunque, in qualunque momento, la risoluzione del rapporto di lavoro eventualmente instaurato nel frattempo.

6. ASSUNZIONE

Qualora il concorrente utilmente collocato in graduatoria dovesse rinunciare all'incarico si procederà alla nomina del successivo seguendo l'ordine della graduatoria. **Dopo due rinunce si verrà definitivamente cancellati dalla graduatoria.** Prima dell'assunzione, il candidato sarà sottoposto a visita da parte del medico competente volta ad accertare l'idoneità necessaria e sufficiente per poter esercitare le mansioni del posto da ricoprire. Qualora l'accertamento medico risultasse negativo o se l'interessato non si presentasse, senza giustificato motivo, non si darà luogo all'assunzione. La nomina è soggetta ad un periodo di prova stabilito dal CCNL, trascorsi i quali il candidato verrà confermato nell'incarico solo se avrà superato positivamente il periodo di osservazione. All'atto dell'assunzione al dipendente verrà consegnato il Codice di Comportamento il cui rispetto è d'obbligo.

7. TRATTAMENTO DATI PERSONALI

In ottemperanza alle disposizioni di cui all'art. 13 del GDPR 679/2016, si comunica che i dati personali del concorrente, dichiarati nella domanda o allegati alla medesima sono raccolti e trattati dall' ASP del Forlivese al fine della esecuzione degli adempimenti e delle procedure relative al presente avviso, nonché per utilizzo della relativa graduatoria. I dati sono oggetto quindi di trattamento da parte dell'ASP secondo le finalità di seguito elencate:

- a) il trattamento riguarda qualunque operazione e complesso di operazioni, svolti con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, concernenti la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, l'elaborazione, la modificazione, la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione e la distruzione dei dati;
- b) il trattamento dei dati avviene con procedure atte a garantire la sicurezza;
- c) i dati sono trattati per le finalità istituzionali dell'ente ed in particolare al fine della produzione di un elenco degli idonei per la stipula dei contratti (art. 9 GDPR);
- d) la natura del conferimento di tali dati è obbligatoria;
- e) conseguenza dell'eventuale rifiuto a rispondere e conferire i dati: mancata ammissione del concorrente all'avviso per oggettiva impossibilità di verificare gli obbligatori requisiti previsti dal bando;
- f) i dati possono essere utilizzati e comunicati per i fini istituzionali della ASP, all'interno dell'ente tra incaricati del trattamento ed all'esterno per gli adempimenti relativi all'avviso quali la pubblicazione del giudizio ottenuto, la pubblicazione dell'elenco dei nominativi degli ammessi e dell'elenco degli idonei e per l'applicazione del diritto di accesso dei concorrenti ai sensi della legge 241/1990 e dell'art. 15 GDPR;
- g) i dati raccolti saranno trattati per la durata di anni uno;
- h) il concorrente ha diritto di conoscere, cancellare, rettificare, aggiornare, integrare, opporsi al trattamento dei dati, nonché all'applicazione degli altri diritti riconosciuti di cui dall'artt. 15, 16, 17, 18, 20 e 21 GDPR. Per l'esercizio dei propri diritti il concorrente potrà rivolgersi all'ufficio Segreteria dell'Ente;
- i) Il titolare del trattamento dei dati è l'ASP distretto Forlivese nella figura del legale rappresentante pro tempore.
- j) I dati potranno essere trasmessi ad altro Ente pubblico che ne faccia richiesta per le medesime finalità;

Il titolare del trattamento dei dati personali di cui alla presente Informativa: ASP DEL FORLIVESE con Sede legale in VIA PICCININI 66 47016 PREDAPPIO (FC) tel. 0543.1900837 e-mail info@aspforlivese.it PEC aspforlivese@nexinpec.it nella persona del Suo Legale Rappresentante pro tempore.

Responsabile della Protezione dei Dati Personali (DPO): Asp del Forlivese ha designato quale Responsabile della Protezione dei dati l'Azienda ROBYONE TEL. 490998416 EMAIL dpo@robyone.net PEC dpo.robyone@ronepec.it.

8. DISPOSIZIONI FINALI

Il responsabile del presente procedimento concorsuale è la Dottoressa Barbara Bresciani.

Eventuali ulteriori informazioni potranno essere richieste a Virna Giunchi al 0543/1900837 – dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00.

Il presente avviso pubblico è pubblicato nel sito internet www.aspforlivese.it.

Predappio, prot. 472 del 24.02.2021

il Direttore
f.to Dott.ssa Barbara Bresciani

ALLEGATO A

DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA PER EVENTUALI ASSUNZIONI A TEMPO DETERMINATO DI “PERSONALE SOCIO SANITARIO” NELL’AMBITO DELL’EMERGENZA COVID – 19 – data scadenza domanda 10.03.2021

All’ASP del Forlivese
Via Piccinini nr. 66 – Predappio Alta (FC)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ (____)
residente a _____ CAP _____ (____)
via _____ n. _____
recapito telefonico _____
e.mail _____ pec _____

CHIEDE

di partecipare all’avviso pubblico per eventuali assunzioni a tempo determinato di “PERSONALE SOCIO SANITARIO” nell’ambito dell’emergenza COVID - 19

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste all’art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

(barrare le caselle e compilare gli spazi vuoti):

- di essere in possesso della cittadinanza italiana
ovvero di essere cittadino del seguente paese estero _____, dove ho pieni civili e politici, di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana ai sensi dell’art 38 del d.lgs 165/2001 _____ e di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana;
- di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____
ovvero di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo _____
- di non avere riportato condanne penali
ovvero di avere riportato le seguenti condanne penali, *(da indicarsi anche nel caso di applicazione della pena della parti “patteggiamento” o nei casi sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale, oppure se siano stati concessi i benefici di legge - non menzione nel casellario giudiziale, sospensione condizionale della pena)* _____
- ovvero di avere i seguenti procedimenti penali pendenti: _____
presso il Tribunale di _____
- di essere in possesso dell’attestato da Operatore Socio Sanitario conseguito nell’anno _____
presso l’Ente _____

- di essere nei confronti degli obblighi militari nella seguente posizione (solo per i candidati di sesso maschile nati entro il 31.12.1985) _____
- di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego, ovvero licenziato presso pubbliche amministrazioni;
- di avere diritto alla riserva ovvero precedenza o preferenza per il seguente motivo (ex art. 5 del D.P.R. 487/94) _____
- di aver svolto il Servizio civile volontario presso l'ASP dal _____ al _____;
- di essere incondizionatamente idoneo dal punto di vista psico-fisico all'espletamento delle mansioni del posto da ricoprire, fatto salvo l'accertamento del Medico competente ai sensi del D.Lgs. 81/08 e successive modifiche;
- che l'indirizzo email al quale deve essermi fatta ogni necessaria comunicazione relativa al presente bando e ai suoi effetti successivi è il seguente: _____
- di essere a conoscenza che i candidati hanno l'obbligo di comunicare gli eventuali cambi di indirizzo email all'ASP del Forlivese, la quale non assume responsabilità alcuna in caso di non consultazione delle comunicazioni inviate l'indirizzo email comunicato;
- di accettare, senza riserve, le norme e condizioni sia della selezione che dei regolamenti dall'ASP del Forlivese;
- di prestare consenso al trattamento dei dati personali (D.Lgs 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni);
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del GDPR 679/2016 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale le presenti dichiarazioni vengono rese e che gli stessi dati potranno essere trasmessi ad altro Ente pubblico che ne faccia richiesta per le medesime finalità;
- di essere a conoscenza che ogni informazioni circa il Concorso verranno pubblicate **sul sito Internet:** www.aspforlivese.it, come da Avviso pubblico approvato dall' Asp del Forlivese;

firma

Data _____

(leggibile e per esteso)

Allegati:

- **Curriculum con titoli di studio ed esperienze professionali sottoscritto ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445; ALLEGATO B**
- **Copia fotostatica non autenticata di documento di identità in corso di validità.**
- **Permesso di soggiorno in corso di validità (solo per i cittadini extracomunitari)**
- **Attestato da OSS.**

ALLEGATO B

CURRICULUM

In relazione alla **DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA PER EVENTUALI ASSUNZIONI A TEMPO DETERMINATO DI “PERSONALE SOCIO-SANITARIO” NELL’AMBITO DELL’EMERGENZA COVID – 19** il/la sottoscritto/a, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, dichiara sotto la propria responsabilità:

INFORMAZIONI PERSONALI

Nome/Cognome: _____

Data di nascita: _____

Nazionalità: _____

1) Attestato da OPERATORE SOCIOSANITARIO anno conseguimento _____ rilasciato da _____

Altri attestati (eventuale):

2) Attestato da _____ anno conseguimento _____ rilasciato da _____

3) Attestato da _____ anno conseguimento _____ rilasciato da _____

4) Attestato da _____ anno conseguimento _____ rilasciato da _____

5) Attestato da _____ anno conseguimento _____ rilasciato da _____

6) Attestato da _____ anno conseguimento _____ rilasciato da _____

7) Attestato da _____ anno conseguimento _____ rilasciato da _____

8) Attestato da _____ anno conseguimento _____ rilasciato da _____

Firma

(sottoscrizione al fine delle dichiarazioni sostitutive di cui ai articoli 46 e 47 del DPR 445/2000)

ESPERIENZE LAVORATIVE ASSISTENZIALI

N.b.: Indicare solo le esperienze lavorative specifiche in mansioni da OSS

1° esperienza lavorativa

Nome e indirizzo del datore di lavoro	
Tipologia Servizio (es. Centro Diurno, Casa Residenza, Casa Albergo; Casa Famiglia per anziani; Centro socio riabilitativo residenziale o diurno per Disabili, ecc...)	
Tipologia contratto di lavoro (indicare se contratto a tempo determinato, a tempo indeterminato o di somministrazione lavoro)	
Impegno orario settimanale (indicare le ore settimanali previste da contratto)	
Durata del Contratto di lavoro (indicare giorno, mese e anno di inizio e fine dell'impiego)	Data inizio rapporto di lavoro: _____ Data fine rapporto di lavoro: _____

2° esperienza lavorativa

Nome e indirizzo del datore di lavoro	
Tipologia Servizio (es. Centro Diurno, Casa Residenza, Casa Albergo; Casa Famiglia per anziani; Centro socio riabilitativo residenziale o diurno per Disabili, ecc...)	
Tipologia contratto di lavoro (indicare se contratto a tempo determinato, a tempo indeterminato o di somministrazione lavoro)	
Impegno orario settimanale (indicare le ore settimanali previste da contratto)	
Durata del Contratto di lavoro (indicare giorno, mese e anno di inizio e fine dell'impiego)	Data inizio rapporto di lavoro: _____ Data fine rapporto di lavoro: _____

Firma

.....

(sottoscrizione al fine delle dichiarazioni sostitutive di cui ai articoli 46 e 47 del DPR 445/2000)

3° esperienza lavorativa

Nome e indirizzo del datore di lavoro	
Tipologia Servizio (es. Centro Diurno, Casa Residenza, Casa Albergo; Casa Famiglia per anziani; Centro socio riabilitativo residenziale o diurno per Disabili, ecc...)	
Tipologia contratto di lavoro (indicare se contratto a tempo determinato, a tempo indeterminato o di somministrazione lavoro)	
Impegno orario settimanale (indicare le ore settimanali previste da contratto)	
Durata del Contratto di lavoro (indicare giorno, mese e anno di inizio e fine dell'impiego)	Data inizio rapporto di lavoro: _____ Data fine rapporto di lavoro: _____

4° esperienza lavorativa

Nome e indirizzo del datore di lavoro	
Tipologia Servizio (es. Centro Diurno, Casa Residenza, Casa Albergo; Casa Famiglia per anziani; Centro socio riabilitativo residenziale o diurno per Disabili, ecc...)	
Tipologia contratto di lavoro (indicare se contratto a tempo determinato, a tempo indeterminato o di somministrazione lavoro)	
Impegno orario settimanale (indicare le ore settimanali previste da contratto)	
Durata del Contratto di lavoro (indicare giorno, mese e anno di inizio e fine dell'impiego)	Data inizio rapporto di lavoro: _____ Data fine rapporto di lavoro: _____

Firma

.....

(sottoscrizione al fine delle dichiarazioni sostitutive di cui ai articoli 46 e 47 del DPR 445/2000)

5° esperienza lavorativa

Nome e indirizzo del datore di lavoro	
Tipologia Servizio (es. Centro Diurno, Casa Residenza, Casa Albergo; Casa Famiglia per anziani; Centro socio riabilitativo residenziale o diurno per Disabili, ecc...)	
Tipologia contratto di lavoro (indicare se contratto a tempo determinato, a tempo indeterminato o di somministrazione lavoro)	
Impegno orario settimanale (indicare le ore settimanali previste da contratto)	
Durata del Contratto di lavoro (indicare giorno, mese e anno di inizio e fine dell'impiego)	Data inizio rapporto di lavoro: _____ Data fine rapporto di lavoro: _____

6° esperienza lavorativa

Nome e indirizzo del datore di lavoro	
Tipologia Servizio (es. Centro Diurno, Casa Residenza, Casa Albergo; Casa Famiglia per anziani; Centro socio riabilitativo residenziale o diurno per Disabili, ecc...)	
Tipologia contratto di lavoro (indicare se contratto a tempo determinato, a tempo indeterminato o di somministrazione lavoro)	
Impegno orario settimanale (indicare le ore settimanali previste da contratto)	
Durata del Contratto di lavoro (indicare giorno, mese e anno di inizio e fine dell'impiego)	Data inizio rapporto di lavoro: _____ Data fine rapporto di lavoro: _____

Firma

.....

(sottoscrizione al fine delle dichiarazioni sostitutive di cui ai articoli 46 e 47 del DPR 445/2000)

NB: Se necessario aggiungere altre pagine fotocopiando la prima.