

MODELLO sub B**(Domanda di iscrizione all'Albo)**

**AI COMUNE DI PALAGONIA
UFFICIO PIANO
DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D 20
PIAZZA MUNICIPIO
95046 PALAGONIA**

DATI ANAGRAFICI

II/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 e/o di aggiornare i propri dati all'Albo dei candidati idonei al conferimento di incarichi per l'espletamento delle attività del Distretto Socio – Sanitario dell'Ambito Territoriale D 20 .

(barrare una sola casella)

- Assistente sociale;
 Psicologo;
 Pedagogista/Educatore Professionale;
 Sociologo;
 Ingegnere Informatico

A tal fine:

DICHIARA

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

II/La sottoscritto/a allega:

- 1 - Autocertificazione di possesso dei requisiti minimi richiesti;
- 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".
