

**Spett.le
Assolo società cooperativa Onlus
Viale Caduti,9
25040 Berzo Inferiore (BS)**

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 DETERMINATO, parziale** per la formazione di una graduatoria relativa al profilo professionale di

EDUCATORE per il SERVIZIO di POST ASILO

A tal fine dichiara:

1. di avere conseguito il titolo di studio di..... presso
nell'a.a.;
2. di avere cittadinanza italiana o di altro stato appartenente all'Unione Europea o di paesi terzi;
3. l'assenza di condanne penali definitive o provvedimenti definitivi del Tribunale che possano impedire l'instaurarsi del rapporto di pubblico impiego;
4. l'assenza di condanna definitiva per i delitti non colposi;
5. di non essere stati esclusi dall'elettorato attivo e non essere stati destituiti, dispensati o licenziati per persistente insufficiente rendimento da una Pubblica Amministrazione, ovvero per aver conseguito l'impiego stesso attraverso dichiarazioni mendaci o produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
6. di non avere limitazioni psico-fisiche allo svolgimento delle attività e delle mansioni;

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 norme predette.

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 per il SERVIZIO ASILO, nei seguenti periodi:

| N. | ENTE | DENOMINAZIONE SERVIZIO | DAL GG/MM/AA | AL GG/MM/AA | Monte ore settimanale | Monte ore complessivo |
|-----------|-------------|-------------------------------|---------------------|--------------------|------------------------------|------------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Data e Firma
