



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Assessorato del Lavoro, Formazione Professionale,
Cooperazione e Sicurezza sociale



GESTIONE COMMISSARIALE EX
Provincia di
Carbonia Iglesias

AVVISO PUBBLICO PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO PROVINCIALE DI FORMAZIONE PROFESSIONALE ANNUALITA' 2011-2012

**AI CENTRO PROFESSIONALE EUROPEO
LEONARDO
VIA DANTE 254 L
09128 CAGLIARI**

Il/La sottoscritto/a _____ **Codice Fiscale** _____ chiede di essere iscritto/a al corso di **FORMAZIONE PER OPERATORE SOCIO-SANITARIO** riservato **PRIORITARIAMENTE A RESIDENTI** nella provincia di Carbonia Iglesias, che lavorino o abbiano lavorato con contratti individuali direttamente stipulati con famiglie o con aziende non appartenenti al sistema socio-sanitario, con utilizzo dei finanziamenti pubblici previsti dalla Legge 162/1998 e/o da altri interventi di sostegno rivolti a famiglie con a carico persone non autosufficienti, come il programma "Ritornare a casa", che si svolgerà nel comune di CARBONIA

Ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 N. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA QUANTO SEGUE:

Luogo di nascita _____ prov. _____ data di nascita _____

Luogo di residenza _____ prov. _____ via _____ n. _____

CAP _____ N. Telefono _____ e-mail _____

Titolo di studio _____ conseguito il _____ presso _____

di essere iscritto alle liste (inoccupazione/disoccupazione) del CSL di _____ dal _____

di essere titolare di un rapporto di lavoro ai sensi della legge 162/1998 e/o di altri interventi di sostegno rivolti a famiglie con a carico persone non autosufficienti come da delibera G.R. 48/23 DEL 1.12.2011 **con contratto a tempo** _____

Esperienza lavorativa progressa maturata **RAPPORTI DI LAVORO MATURATI IN APPLICAZIONE DELLA LEGGE 162/98** e/o da altri interventi di sostegno rivolti a famiglie con a carico persone non autosufficienti programma "Ritornare a casa"

Servizio 1 dal ___/___/___ al ___/___/___ (indicare giorno/mese/anno) presso _____

via _____ Comune di _____ Mansioni svolta nell'ambito dell'assistenza diretta alla persona -

Tipologia contrattuale _____ matricola previdenziale _____

Per un totale di mesi _____

Servizio 2 dal ___/___/___ al ___/___/___ (indicare giorno/mese/anno) presso _____

via _____ Comune di _____ Mansioni svolta nell'ambito dell'assistenza diretta alla persona -

Tipologia contrattuale _____ matricola previdenziale _____

Per un totale di mesi _____

Servizio 3 dal ___/___/___ al ___/___/___ (indicare giorno/mese/anno) presso _____

via _____ Comune di _____ Mansioni svolta nell'ambito dell'assistenza diretta alla persona -

Tipologia contrattuale _____ matricola previdenziale _____

Per un totale di mesi _____



Centro Professionale Europeo

leonardo

SEDE LEGALE E AMMINISTRATIVA Via Dante 254 scala L 09128 Cagliari
tel. 07044740

SEDE OPERATIVA E POLO DIDATTICO Viale Poetto 312 09126 Cagliari
tel. 0703839082 — fax 070372061
www.cpeleonardo.it — info@cpeleonardo.it — cpeleonardo@pec.it





UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Assessorato del Lavoro, Formazione Professionale,
Cooperazione e Sicurezza sociale



GESTIONE COMMISSARIALE EX
Provincia di
Carbonia Iglesias

Servizio 4 dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___ (indicare giorno/mese/anno) presso _____
via _____ Comune di _____ Mansioni svolta nell'ambito dell'assistenza diretta alla persona -
Tipologia contrattuale _____ matricola previdenziale _____
Per un totale di mesi _____

Servizio 5 dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___ (indicare giorno/mese/anno) presso _____
via _____ Comune di _____ Mansioni svolta nell'ambito dell'assistenza diretta alla persona -
Tipologia contrattuale _____ matricola previdenziale _____
Per un totale di mesi _____

Servizio 6 dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___ (indicare giorno/mese/anno) presso _____
via _____ Comune di _____ Mansioni svolta nell'ambito dell'assistenza diretta alla persona -
Tipologia contrattuale _____ matricola previdenziale _____
Per un totale di mesi _____

N.B. - Nell'ipotesi non siano sufficienti gli spazi disponibili, aggiungere un numero di allegati adeguato

Allega alla presente:

- fotocopia del documento di identità in corso di validità

Luogo e data _____

Firma _____

Informativa ai sensi del D.Lgs. 196/2003 (T.U. sulla Privacy): i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo

Luogo e data _____

Firma _____

**N.B.
VERRANNO ESCLUSE:**

- 1) Le domande pervenute senza il documento di identità valido allegato
- 2) Le domande inviate con modalità differenti rispetto a quelle previste nel bando
- 3) Le domande inviate prima e dopo i termini indicati nel bando
- 4) Le domande inviate senza le indicazioni di servizio pregresso

SCADENZA 12 MARZO 2014



Centro Professionale Europeo

leonardo

SEDE LEGALE E AMMINISTRATIVA Via Dante 254 scala L 09128 Cagliari
tel. 07044740
SEDE OPERATIVA E POLO DIDATTICO Viale Poetto 312 09126 Cagliari
tel. 0703839082 — fax 070372061
www.cpeleonardo.it — info@cpeleonardo.it — cpeleonardo@pec.it

