



## Richiesta di assunzione quale collaboratore/trice della Residenza per Anziani

Il/la sottoscritto/a:

Cognome  Nome

nato/a il , a

residente a  Cap

Via  numero

Tel.  E-mail

Codice fiscale

Data primo giorno lavorativo coperto da assicurazione della tua vita:

**chiede**

di essere assunto/a in qualità di:

**e dichiara**

sotto la propria responsabilità, nei sensi della legge di autocertificazione, di: (art. 46 und 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445), di:

a) <input type="checkbox"/> essere cittadino/a italiano/a <input type="checkbox"/> essere cittadino/a di un altro stato dell'Unione Europea
b) <input type="checkbox"/> avere il seguente stato di famiglia: <input type="text"/>
c) <input type="checkbox"/> essere iscritto/a nelle liste elettorali del comune di <input type="text"/>
d) <input type="checkbox"/> non avere mai riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di avere procedimenti penali in corso
e) <input type="checkbox"/> non essere mai stato destituito o licenziato e di non essere decaduto dall'impiego presso pubbliche amministrazioni
f) <input type="checkbox"/> essere in una buona condizione fisica e psichica, senza handicap che possono incidere sul lavoro assegnato
g) <input type="checkbox"/> possedere il seguente titolo di studio, altri necessari presupposti e altri titoli di studio utili, anni di lavoro pregressi (anche nel settore privato)

h) <input type="checkbox"/> aver svolto il servizio militare	
i) <input type="checkbox"/> appartenere al seguente gruppo linguistico	<input type="text"/>
j) <input type="checkbox"/> essere disponibile a svolgere un colloquio nella seguente lingua	
<input type="text"/>	
k) <input type="checkbox"/> possedere l'attestato di bilinguismo (italiano e tedesco):	
<input type="checkbox"/> A/C1	<input type="checkbox"/> B/B2
<input type="checkbox"/> C/B1	<input type="checkbox"/> D/A2
<input type="checkbox"/> nessuno	
l) <input type="checkbox"/> possedere l'attestato di conoscenza della lingua ladina:	
<input type="checkbox"/> A/C1	<input type="checkbox"/> B/B2
<input type="checkbox"/> C/B1	<input type="checkbox"/> D/A2
<input type="checkbox"/> nessuno	
m) <input type="checkbox"/> obbligarsi a comunicare gli eventuali cambiamenti del indirizzo dichiarato sopra	
n) <input type="checkbox"/> accettare senza riserva tutte le condizioni previste dal regolamento del personale in vigore e da quelli futuri	
o) <input type="checkbox"/> essere disponibile a ricoprire un posto a tempo pieno	
<input type="checkbox"/> essere disponibile a ricoprire un posto part time al	<input type="text"/>
p) <input type="checkbox"/> accettare un incarico anche a tempo determinato	
q) <input type="checkbox"/> essere d'accordo con l'elaborazione dei propri dati come da Regolamento UE 2016/679	
r) <input type="checkbox"/> di voler aderire al Laborfond	
s) <input type="checkbox"/> di avere a proprio carico le seguenti persone:	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	

Data:

Luogo:

**Firma**

Allegati: Curriculum vitae firmato

Copia della carta d'identità

Copia del tesserino del codice fiscale/tessera sanitaria

*Riservato all'amministrazione:*

Numero protocollo

Data consegna della domanda