



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