



**Azienda Speciale Consortile  
So.Le per la gestione di Servizi Sociali  
Sede operativa via XX settembre, 30  
20025 Legnano (MI)**

**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 indeterminato, pieno o parziale di ASSISTENTI SOCIALI per i servizi aziendali**

**A TAL FINE DICHIARA:**

1. di avere conseguito il titolo di studio di..... presso .....  
.....nell'a.a. ....;
2. di essere iscritto all'Albo degli Assistenti Sociali della Regione ....., sezione  
....., numero .....
3. di avere il godimento dei diritti civili e politici;
4. di non essere stato destituito, licenziato o dispensato dall'impiego presso una pubblica Amministrazione o società pubblica per persistente insufficiente rendimento
5. l'assenza a proprio carico di condanne civili e/o penali che, salvo riabilitazione possano impedire l'instaurarsi e/o il mantenimento del rapporto di impiego;
6. di essere in possesso di Patente di guida cat.B;
7. di essere in possesso di idoneità fisica all'impiego.

**E A TAL FINE INOLTRE DICHIARA (barrare la casella che interessa):**

- di appartenere alle categorie tutelate ai sensi della legge 68/99;
- di essere militare volontario in congedo ai sensi degli artt. 1014 e 678 del D.Lgs. n. 66/2010 (Codice Ordinamento Militare – COM) e s.m.i.

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 disposizioni vigenti. Il/la sottoscritta esprime il consenso a che il proprio nome e cognome sia pubblicato nella graduatoria approvata dagli organi competenti in esito alle selezioni, graduatoria che verrà diffusa mediante pubblicazione nelle forme previste dalle norme in materia e attraverso il sito internet dell'azienda nel rispetto dei principi di pertinenza e non eccedenza.

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 ASSISTENTE SOCIALE nei seguenti periodi e per il seguente monte ore totale:

<b>N.</b>	<b>ENTE</b>	<b>SERVIZIO</b>	<b>IN QUALITA' DI</b>	<b>DAL GG/MM/AA</b>	<b>AL GG/MM/AA</b>	<b>MONTE ORE SETTIMANALE</b>

Data e Firma

\_\_\_\_\_