



PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE FSE 2014 – 2020 CCI 2014IT05SFOP021

AVVISO “PRO.PIL.E.I”

Progetti Pilota di Eccellenza per l’Innovazione sociale

Asse prioritario 2 – “Inclusione sociale” - Obiettivo specifico 9.2 “Incremento dell’occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro” – Azione 9.2.2 “Interventi di presa in carico multi professionale finalizzati all’inclusione lavorativa di persone maggiormente vulnerabili e a rischio di discriminazione”

**Azione 9.2.2 – Sportello Orientamento Salute Mentale
CUP E79C18000510009 – CLP 1001032922EI180001**

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 - TU approvato con DPR n. 445 del 28.12.2000)

Il/La sottoscritto/a:			
Nato/a a:	Data di nascita:	Nazionalità:	
Codice fiscale:	Stato civile:	Età:	Sesso:
Residente a:		Provincia:	
Indirizzo residenza:		C.A.P.:	
Domiciliato a (indicare solo se differente dalla residenza):		Provincia:	
Indirizzo domicilio:		C.A.P.:	
Recapiti telefonici :			
E-mail:			

CHIEDE

di partecipare alla selezione per il “Progetto Sportello Orientamento Salute Mentale” relativo all’Avviso PROPILEI Azione 9.2.2.





E DICHIARA

Ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445

consapevole delle responsabilità civili e penali cui va incontro in caso di false dichiarazioni e che i dati riportati nella presente domanda sono veritieri e rispondono alla situazione di fatto e di diritto esistenti alla data della presente:

- di aver preso visione e di accettare in ogni sua parte l'Avviso di selezione, il Regolamento di Selezione e Partecipazione, nonché di obbligarsi all'osservanza di tutte le disposizioni in esso previste;
- di essere maggiorenne
- di essere in carico al CSM Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze zona sud Sardegna ASL Cagliari

_____ dal _____
medico di riferimento _____

d) di possedere il seguente titolo di studio _____
_____ conseguito presso _____ di _____
nell'anno _____.

- di aver maturato la seguente esperienza di lavoro svolta nel settore della ristorazione:

DATORE DI LAVORO	SETTORE	DAL	AL	MESI	ORE SETTIMANALI

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere disponibile a fornire ogni eventuale ulteriore documentazione richiesta da ISFORCOOP al fine di verificare il possesso dei requisiti.

SI ALLEGA:

- Fotocopia documento di identità in corso di validità
- Fotocopia codice fiscale/tessera sanitaria
- Fotocopia permesso di soggiorno (solo per i candidati che non sono cittadini italiani)
- Fotocopia Scheda Anagrafica Professionale del cittadino aggiornata (SAP) rilasciata dal Centro per l'Impiego di competenza
- Curriculum vitae, in formato europeo o europass, firmato in originale in cui sono messi in evidenza i titoli di studio e le esperienze lavorative.
- Allegato A) - Informativa privacy ISFORCOOP firmata in originale
- Fotocopia del documento di equipollenza del titolo di studio (solo per i titoli di studio conseguiti all'estero)





II/La Sottoscritt__ DICHIARA di avere preso visione dell'Avviso Pubblico, del Regolamento di selezione e partecipazione e della Scheda di Valutazione del Colloquio e di accettare tutte le condizioni relative alla presente selezione con particolare riferimento ai criteri e i subcriteri e relativi punteggi;

II/La Sottoscritt__ DICHIARA di prendere atto che nel caso di presentazione di un numero di domande superiore ai posti disponibili la convocazione per la partecipazione alla selezione verrà pubblicata sul sito <https://www.isforcoop.coop> e che tale comunicazione deve intendersi quale notifica per la partecipazione alla Selezione.

Sono consapevole delle conseguenze penali in caso di falsa dichiarazione e della decadenza da eventuali benefici ottenuti, così come previsto dagli articoli 75 e 76 del Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa.

Luogo e data _____

Firma _____