

**AI COMUNE DI  
VALGUARNERA CAROPEPE**

**OGGETTO: RICHIESTA INSERIMENTO ELENCO PER PRESTAZIONE LAVORO ACCESSORIO OCCASIONALE AI SENSI DELL'ART.54- BIS DECRETO LEGGE 50/2017 CONV. LEGGE 96/2017 – BUONI LAVORO “PRESTO” - OPERATORE SOCIO-SANITARIO O.S.A. - O.S.S.**

Il Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente in questo Comune in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Cell/ telefono : \_\_\_\_\_

Preso atto che, il Comune di Valguarnera Caropepe, in esecuzione della Delibera di Giunta Comunale n. 116 del 9 /11/2017 e ai sensi dell'art. 54-bis Decreto Legge 50/2017 conv. con Legge 96/2017 – Buoni lavoro "PrestO", intende attivare un progetto rivolto al settore socio sanitario in collaborazione con altri enti pubblici e/o associazioni di volontariato, avvalendosi dell'opera di lavoratori con contratto di prestazione occasionale, in possesso della **qualifica di operatore socio sanitario (O.S.A.) e /o (O.S.S.)**

**CHIEDE**

Di essere inserito nell'elenco dei “prestatori di lavoro occasionale”, redatto dall'Amministrazione Comunale.

A tal fine, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni civili e penali in cui si incorre in caso di dichiarazioni mendaci (artt. 75 e 76),

**DICHIARA**

- di essere disoccupato e/o inoccupato;
- di essere residente nel Comune di Valguarnera Caropepe;
- di essere in possesso della qualifica di operatore socio-sanitario O.S.A e/o O.S.S.
- di essere a conoscenza che l'Amministrazione Comunale non assumerà nessun obbligo nell'utilizzazione dei buoni lavoro;
- di essere a conoscenza che l'Amministrazione Comunale non predisporrà alcuna graduatoria di merito ma soltanto un elenco di nominativi;

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali sensibili ai sensi del DPR 196 /2003 e Smi.

**Si allega alla presente copia fotostatica della carta d'identità, del curriculum vitae e del titolo attestante il possesso della qualifica di operatore socio-sanitario O.S.A e/o O.S.S.**

**Data** \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_