SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE
Azienda Sanitaria ZERO
Costituita con D.P.G.R. 18/02/2022, n. 9
Codice Fiscale / P.I. 12685160017
Sede legale: Via San Secondo, 29 bis – 10128 Torino

-

AVVISO PUBBLICO PER LA COPERTURA DI N. 7 POSTI DI OPERATORE SOCIO SANITARIO – AREA DEGLI OPERATORI A TEMPO DETERMINATO PER LA DURATA DI 36 MESI, DA ASSEGNARE ALLE AA.SS.RR. DEL QUADRANTE "TORINO – AREA METROPOLITANA"

Ai sensi dell'art. 20 della legge 104/92 i candidati portatori di handicap hanno facoltà di indicare l'ausilio necessario in relazione al proprio handicap, nonché l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi, per l'espletamento della prova.

Si chiede pertanto di comunicare tali necessità di ausili/tempi aggiuntivi per l'espletamento della prova, utilizzando il modello di seguito riportato ed allegando la documentazione comprovante la richiesta, **solo qualora il candidato si trovi in tale situazione**, scrivendo al seguente indirizzo email:

concorsi@aziendazero.piemonte.it

entro e non oltre il 13/11/2023.

Per informazioni rivolgersi all'Ufficio Concorsi – telefono: 011/5662053-2140-2297.

RESPONSABILE AVVIO DELL'ATTIVITÀ
S.C. RISORSE UMANE AZIENDALI E SOVRA AZIENDALI,
DOTT.SSA DONATELLA PAGLIASSOTTO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

La sottoscritta/Il sottoscritto .....

C.F. ..... nata/o a ..... (...)

il ..... e residente a ..... (...)

in via ..... n. .....,

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

- di avere diritto ad ausili □ SI □ NO

(se SI specificare quali .....)

- di avere diritto a tempi aggiuntivi □ SI □ NO

per l'espletamento della prova relativa all'avviso pubblico per la copertura di n. 7 posti di Operatore Socio Sanitario – area degli Operatori a tempo determinato, per la durata di 36 mesi, da assegnare alle AA.SS.RR. del quadrante "Torino – Area Metropolitana".

Luogo .....

Data .....

IL DICHIARANTE

.....

Si allega la documentazione comprovante la richiesta

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 s'informa che i dati e le informazioni raccolti nella presente dichiarazione verranno utilizzati unicamente per le finalità per le quali sono state acquisiti.

La presente copia e' conforme all'originale depositato presso gli archivi dell'Azienda ASL Citta' di Torino

44-FC-03-EE-34-EF-17-AC-77-69-CE-89-F6-57-4A-E3-EC-D0-8A-3A

CAdES 1 di 1 del 06/11/2023 18:13:42

Soggetto: Donatella Pagliassotto PGLDTL67S67L219G

Validità certificato dal 18/04/2023 11:43:49 al 15/06/2026 01:00:00

Rilasciato da InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT con S.N. 0108 EB76