



ALLEGATO A - MODELLO DI DOMANDA

(Da compilare, firmare e trasmettere esclusivamente tramite PEC in formato PDF)

Al Consiglio dell'Ordine Assistenti Sociali

Via Marconi, 47

40122 Bologna

PEC: ordineassistentsocialiemiliaromagna@pec.it

OGGETTO: Manifestazione di interesse per l'inserimento nell'elenco dei professionisti idonei a svolgere il ruolo di componente delle commissioni d'esame nei corsi OSS (DGR 1307/2025).

Il/La sottoscritto/a:

- Cognome: _____
- Nome: _____
- Codice Fiscale: _____
- Luogo e data di nascita: _____
- Residenza: Via/Piazza _____ n. ____ Città _____ Prov. ____
- PEC (obbligatoria): _____
- Telefono / Cellulare: _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETÀ

(Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i., sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci)

CHIEDE

di essere inserito/a nell'elenco regionale dei professionisti idonei a svolgere il ruolo di componente delle commissioni d'esame finale nei percorsi formativi per Operatore Socio-Sanitario (OSS), e a tal fine

DICHIARA

- Di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine Assistenti Sociali dell'Emilia-Romagna nella Sezione ____ (A o B) con il Numero di iscrizione _____ a decorrere dal ____/____/____.
- Di avere un'anzianità professionale minima di 5 anni di esercizio effettivo della professione di cui 3 in ambito sanitario e/o socio-sanitario e/o sociale
- Di non aver riportato sanzioni disciplinari definitive comminate dall'Ordine negli ultimi 5 anni
- L'assenza di condanne penali
- Di essere in regola con l'obbligo del pagamento della quota annuale di iscrizione all'Albo
- Di essere in regola con i crediti formativi (obbligo formativo CNOAS) per il triennio precedente
- Possedere una casella PEC attiva ed averla comunicata all'Ordine professionale



ALLEGATI OBBLIGATORI

1. Curriculum Vitae, datato e firmato, contenente autorizzazione al trattamento dati.
2. Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, ai fini della presente procedura ricognitiva ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

Luogo e Data: _____, ___/___/_____

Firma Autografa o Digitale: _____
