

Assistenza
Domiciliare
Integrata
Socio
Sanitaria

ADISS MULTISERVICE s.c.s.

Rione Colonne, N°19, 87027 Paola (CS)

Tel e Fax: 0982613200

P. IVA 02699110785

Web Site: www.adissmultiservice.it

E-mail: info@adissmultiservice.it

AVVISO ESPLORATIVO
PRESENTAZIONE CANDIDATURE PER
OPERATORE SOCIO SANITARIO (O.S.S.)

Cooperativa ADISS, in qualità di ente affidatario del servizio di “Assistenza domiciliare a favore di persone in condizione di disabilità di età inferiore ai 65 anni residenti nei Comuni di Acri e S. Sofia D’Epiro”,

INVITA

coloro che siano interessati a svolgere *colloquio conoscitivo* per attività di **Operatore Socio Sanitario (O.S.S.)**, a presentare le proprie candidature presso Cooperativa ADISS Multiservice s.c.s., a mezzo posta elettronica all’indirizzo adissmultiservice@hotmail.it.

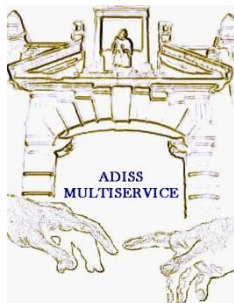
La domanda di candidatura, è scaricabile dal sito internet: <http://www.adissmultiservice.it/> e dovrà essere inviata, al suddetto indirizzo di posta elettronica, in formato scannerizzato, corredato di firma autografa (scrivere nell’oggetto dell’e-mail: *“Candidatura OSS per servizio Acri e S. Sofia d’Epiro”*).

Le proposte di candidatura, potranno essere presentate a partire dalle ore 13:00 del giorno 24 Giugno 2019 ed **entro e non oltre le ore 09:00 del giorno 01 Luglio 2019.**

Per maggiori informazioni rivolgersi Dott.ssa Carmelina Fiore, tel. 345/9677970 (orari ufficio).

Paola, lì 24.06.2019

Il Legale Rappresentante
Avv. Aldo Longo



Assistenza
Domiciliare
Integrata
Socio
Sanitaria

ADISS MULTISERVICE s.c.s.

Rione Colonne, N°19, 87027 Paola (CS)

Tel e Fax:0982613200

P. IVA 02699110785

Web Site: www.adissmultiservice.it

E-mail: info@adissmultiservice.it

Alla Cooperativa ADISS Multiservice s.c.s.,

DOMANDA DI CANDIDATURA

PER OPERATORE SOCIO SANITARIO (O.S.S.)

Per servizio di ASSISTENZA DOMICILIARE A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' DI ETA' INFERIORE AI 65 ANNI RESIDENTI NEI COMUNI DI ACRI E S. SOFIA D'EPIRO (CS)

Il/la Sottoscritto/a _____ (Cognome e nome),

nato/a a _____ il ____/____/____, residente a _____

Via _____ n° _____

Telefono: _____; altri recapiti: _____

CHIEDE

Di voler partecipare al colloquio conoscitivo per lo svolgimento del servizio di “Assistenza domiciliare a favore di persone in condizione di disabilità di età inferiore a 65 anni residenti nei Comuni di Acri e S. Sofia d’Epiro”.

ALLEGA

- Curriculum professionale in formato europeo, con firma del candidato;
- Fotocopia Documento di Identità, in corso di validità;
- Fotocopia certificati e/o titoli posseduti.

Data ____/____/2019

FIRMA