



**A**ssistenza  
**D**omiciliare  
**I**ntegrata  
**S**ocio  
**S**anitaria

**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.)**  
**OPERATORE SOCIO ASSISTENZILE (O.S.A)**  
**OPERATORE TECNICO ADDETTO ALL'ASSISTENZA (O.T.A)**

Per servizio di assistenza domiciliare integrata in favore di persone non autosufficienti ultrasessantacinquenni, residenti nei comuni dell'Ambito Territoriale di Cariati (CS) PIANO DI AZIONE E COESIONE (PAC) Azione di rafforzamento Territoriale per i servizi di cura agli anziani- Decreto n. 3586/PAC, CIG: 9726611D4E CUP: B31G23000040001

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (Cognome e nome),

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_; altri recapiti: \_\_\_\_\_

**PRESENTA**

La candidatura per lo svolgimento del servizio di “assistenza domiciliare integrata in favore di persone non autosufficienti ultrasessantacinquenni, residenti nei comuni dell'Ambito Territoriale di Cariati (CS)”

**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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/2024

FIRMA