

**PERCORSO FORMATIVO CORSO ASO 250 ore**  
**Per personale Dipendente Studi Odontoiatrici**  
**della Provincia Autonoma di Trento**

Applicare  
Marca da bollo da Euro 16,00  
**oppure**  
estremi contrassegno telematico  
n. \_\_\_\_\_  
data emissione \_\_\_\_\_  
orario emissione \_\_\_\_\_

**Corso per Assistente Studio Odontoiatrico**

Segreteria Polo Universitario Professioni Sanitarie -TN

Il/La sottoscritto/a												
NOME.....COGNOME.....												
nato/a a ..... prov. .... il .....												
residente in via ..... n. .... C.A.P. .... Città ..... Prov. ....												
numero telefono ..... numero cellulare .....												
indirizzo e-mail:.....												
CODICE FISCALE:												

Eventuale diverso recapito presso il quale inviare tutte le comunicazioni relative alla presente domanda:

**CHIEDE DI ESSERE AMMESSO/A**  
**AL CORSO PER ASSISTENTE STUDIO ODONTOIATRICO 250 ORE**

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atto falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

**DICHIARA**

di **essere in possesso** della cittadinanza \_\_\_\_\_

di **aver adempiuto al diritto dovere all'istruzione** previsto dalla normativa vigente

- titolo di studio conseguito in Italia.....  
in data ..... presso il seguente istituto scolastico .....
- sito in via ..... città ..... CAP ..... telefono .....
- PEC (Posta elettronica certificata) .....

*Oppure*

- di essere in possesso di dichiarazione di valore qualora titolo di studio conseguito all'estero (allega copia);  
*Oppure*
- di essere in possesso di traduzione asseverata del titolo di studio conseguito in Paesi CE (allega copia) ed è consapevole di dover produrre dichiarazione di valore
- di essere cittadino straniero con titolo straniero in possesso della certificazione della conoscenza della lingua italiana B2 (allegare copia), se non in possesso essere consapevole di sostenere un test di conoscenza e comprensione lingua italiana

- essere in possesso alla data di presentazione della domanda di regolare permesso di soggiorno in qualità di cittadino straniero

I cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea regolarmente soggiornanti in Italia, possono autocertificare la presenza dei requisiti richiesti limitatamente agli stati, alle qualità personali e ai fatti certificabili o attestabili da parte di soggetti pubblici italiani (art. 3 comma 2 DPR 445/00). In caso contrario, il possesso dei suddetti requisiti è comprovato mediante la produzione della relativa documentazione rilasciata dalla competente autorità dello Stato estero di appartenenza, corredata di traduzione in lingua italiana autenticata dall'autorità consolare italiana che ne attesta la conformità all'originale ( art. 3, comma 4, DPR 445/00).

#### Dichiara inoltre

##### di possedere i seguenti requisiti per il corso abbreviato

- aver svolto prestazioni lavorative riconducibili all'ASO all'interno degli studi odontoiatrici o delle strutture sanitarie che erogano prestazioni odontostomatologiche per almeno 36 mesi *negli ultimi 10 anni* alla data di entrata in vigore (**21 aprile 2018**) del DPCM 9 febbraio 2018;
  - svolte esclusivamente in studi/strutture della provincia di Trento;
  - svolte anche in altra Provincia/Regione e al momento della presentazione della domanda essere in servizio presso il seguente studio o strutture Odontoiatriche della Provincia Autonoma di Trento \_\_\_\_\_

##### Dichiara inoltre di avere letto e di accettare le condizioni presenti nel bando.

di rientrare tra i soggetti di cui alla legge 104/1992 e legge 170/2010 e richiedere, per l'espletamento delle prove, i seguenti ausili e/o tempi aggiuntivi per sostenere la prova d'esame di ammissione al corso da 700 ore (riportarli di seguito):

.....;  
La mancata richiesta al riguardo sarà equiparata alla manifestazione di volontà del non volerne beneficiare.

**Allegare** - in copia semplice - certificazione rilasciata dalla commissione medica competente per il territorio del Servizio Sanitario Nazionale, da specialisti o strutture accreditate ai sensi della legge n. 170 del 2010 e secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012 sul rilascio delle certificazioni. Per quanto riguarda in particolare la certificazione rilasciata ai sensi della legge 170/2010, essa dovrà essere stata rilasciata nel corso degli ultimi tre anni e non essere stata redatta dopo il compimento del 18° anno di età.

##### ALLEGA COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE

**ricevuta sistema PagoPA** di € 15,00 come contributo per l'ammissione al bando Corso ASO 2023

**copia/e del contratto/i di lavoro individuale registrato/i** che attesti di avere svolto prestazioni lavorative per almeno 36 mesi di attività *negli ultimi 10 anni* alla data di entrata in vigore (**21 aprile 2018**) del DPCM 9 Febbraio 2018

*Qualora i 36 mesi siano stati svolti in parte o esclusivamente presso studi odontoiatrici non della Provincia di Trento*

**copia del contratto di lavoro** attestante di essere in servizio al momento della presentazione della domanda **presso studi odontoiatri della Provincia Autonoma di Trento**

*se titolo di studio conseguito all'estero:*

**copia in carta semplice della dichiarazione di valore** redatta in lingua italiana e rilasciata dalle Rappresentanze Diplomatiche italiane all'estero (Ambasciate/Consolati) "competenti per zona", vale a dire le più vicine alla città in cui si trova l'istituzione che ha rilasciato il titolo straniero

OPPURE

**copia in carta semplice della traduzione asseverata** del titolo straniero conseguito in Paesi Comunità Europea *nel caso di candidati portatori di disabilità (L. 104/1992) o con disturbi specifici dell'apprendimento (L. 170/2010):*

**copia semplice certificazione** rilasciata dalla commissione medica competente per il territorio del Servizio Sanitario Nazionale, da specialisti o strutture accreditate sul rilascio delle certificazioni. Per la certificazione rilasciata ai sensi della legge 170/2010 deve essere non più vecchia di tre anni o redatta dopo il compimento del 18° anno di età

Luogo e data .....

Firma del richiedente

.....

Ai sensi dell'articolo 38 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente domanda è stata sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore

*Si informa che ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003 e dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, i dati personali raccolti saranno trattati, con strumenti cartacei e con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*