



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

AGENZIA SARDA PRO SU TRABALLU  
AGENZIA SARDA PER LE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO  
ASPAL

SERVIZIO COORDINAMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI E GOVERNANCE  
CENTRO PER L'IMPIEGO DI ORISTANO

**DOMANDA DI AVVIAMENTO A SELEZIONE AI SENSI DELL'ART. 16 L. 56/87, PER L'ASSUNZIONE A TEMPO DETERMINATO PIENO DI N. 3 LAVORATORI AGRICOLI QUALIFICATI: AGRICOLTORI E OPERAI AGRICOLI SPECIALIZZATI DI COLTURE IN PIENO CAMPO PRESSO L'UNIVERSITA' DI SASSARI. SEDE DI LAVORO ZEDDIANI - Az. SANTA LUCIA.**

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
Domiciliato/a nel Comune di \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
Tel./Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

con la presente chiede di essere inserito nella graduatoria per

- ☐ **N. 3 LAVORATORI AGRICOLI QUALIFICATI: AGRICOLTORI E OPERAI AGRICOLI SPECIALIZZATI DI COLTURE IN PIENO CAMPO**

A TAL FINE DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole che la non veridicità delle dichiarazioni rese, appurata a seguito dei controlli di cui all'art. 71 del DPR 445/2000, comporta la decadenza dai benefici conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del DPR 445/2000 e farà incorrere nelle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR 445/2000,

Di aver preso visione dell'avviso pubblico e accettarne integralmente le prescrizioni;

**Di essere in possesso dei seguenti requisiti:**

|                          |                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Di essere disoccupato e di aver rilasciato dichiarazione di immediata disponibilità allo svolgimento di un'attività lavorativa, ai sensi del D.Lgs. n. 150/2015;<br>Di essere iscritto nell'elenco anagrafico del CPI di _____ dal _____ |
| <input type="checkbox"/> | Di essere occupato dal _____ presso _____                                                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> | Di essere lavoratore autonomo dal _____ P.IVA _____                                                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> | Di essere in possesso della <b>qualifica</b> di _____<br>conseguito in data _____ presso _____                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> | Di essere in possesso del seguente <b>titolo di studio</b> _____<br>conseguito in data _____ presso _____                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> | Di essere in possesso dei requisiti generali di accesso al pubblico impiego                                                                                                                                                              |



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

AGENZIA SARDA PRO SU TRABALLU  
AGENZIA SARDA PER LE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO  
ASPAL

SERVIZIO COORDINAMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI E GOVERNANCE  
CENTRO PER L'IMPIEGO DI ORISTANO

**Dichiara, inoltre:**

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Di possedere/non possedere l'attestazione ISEE in corso di validità, consapevole che verranno detratti 25 punti dal calcolo del punteggio di graduatoria                                                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> | Di essere consapevole che nel caso in cui l'ISEE presenti difformità, omissioni e/o incongruenze rispetto a dati e informazioni della P.A. verranno detratti 25 punti                                                                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> | Di essere un lavoratore iscritto in Lista di Mobilità dal _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> | Di essere donna in reinserimento lavorativo con precedente occupazione e intenzionata a rientrare nel mercato del lavoro dopo almeno 2 anni di inattività                                                                                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> | Di essere lavoratore in possesso di precedenti esperienze di lavoro presso la Pubblica Amministrazione nella qualifica professionale attinente a quella della chiamata:<br>Ente _____ Durata in anni _____ mesi _____ giorni _____<br>Ente _____ Durata in anni _____ mesi _____ giorni _____                                                                              |
| <input type="checkbox"/> | Di essere un lavoratore socialmente utile presso _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> | Di essere a conoscenza che il lavoratore che non si presenta alle prove di idoneità, ovvero successivamente alla dichiarazione di idoneità, rinuncia all'opportunità di lavoro, in entrambi i casi senza giustificato motivo, per sei mesi, non può partecipare alla chiamata a selezione nell'intera Regione, anche dietro trasferimento del domicilio o della residenza. |

Si allegano alla presente domanda:

- ☐ Copia dell'attestazione ISEE in corso di validità, il cui indicatore è pari a € \_\_\_\_\_;
- ☐ Documentazione attestante il possesso della qualifica richiesta;
- ☐ Copia del documento di identità in corso di validità.

Autorizzo il CPI, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" all'utilizzo dei dati, esclusivamente per la formazione della relativa graduatoria e che tali dati potranno essere comunicati e/o diffusi, nel rispetto delle finalità specificate, nonché in adempimento degli obblighi istituzionali nei limiti stabiliti dalla legge o dai regolamenti.

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Si attesta che il lavoratore che ha sottoscritto le suseposte dichiarazioni, è stato identificato tramite il documento di identità allegato alla presente domanda.

L'Operatore del CPI di ORISTANO  
Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_