



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

AGENZIA SARDA PRO SU TRABALLU
AGENZIA SARDA PER LE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO
SERVIZIO POLITICHE A FAVORE DI SOGGETTI A RISCHIO DI ESCLUSIONE
CENTRO PER L'IMPIEGO DI CAGLIARI

Servizio di Preselezione Legge 68/99

SCHEDA DI ADESIONE A DOMANDA DI LAVORO

Rif. Avviso Pubblico approvato con Determinazione n./ASPAL del

IL SOTTOSCRITTO

Cognome: _____ Nome: _____

Codice fiscale: _____ Cittadinanza _____

Data di nascita: _____ Comune di nascita: _____

Telefono: _____ cell. _____ E-mail: _____

Domicilio:

Indirizzo: _____ cap: _____ Comune: _____

Comune di Residenza (compilare solo se diverso dal domicilio): _____

Offre la propria candidatura per l'assunzione a tempo indeterminato part time 24 ore sett.li, in qualità di aiuto commesso, livello B 3 del CCNL Federpanificatori Roma, da impiegare presso l'unità operativa di Cagliari dell'azienda "Il Panificio dei F.lli Meloni s.n.c." operante nel settore Panificazione Artigiana.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi (articolo 76, DPR n. 445/2000)

DICHIARA DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI REQUISITI

1. DEI SEGUENTI REQUISITI **INDISPENSABILI**

- Iscrizione alle liste di cui all'art. 8 della legge n. 68/99;
- Diploma di scuola secondaria superiore;
- Patente di guida categoria B;
- Qualifica di aiuto commesso;
- Esperienza nella mansione richiesta (vendita al pubblico nel settore alimentare);
- Partecipazione a corsi di formazione di addetto alla vendita

2. DEI SEGUENTI REQUISITI **PREFERENZIALI**

- Conoscenza nella vendita del pane e dei prodotti da forno

Allegati:

- Curriculum vitae

Data _____

Firma dell'utente

Il sottoscritto _____ autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003 e ss.mm.ii. esclusivamente al fine della corretta e completa istruttoria. Titolare del trattamento è il Dirigente del Servizio politiche a favore di soggetti a rischio di esclusione dell'ASPAL, Dott. Marcello Cadeddu

Data _____

Firma dell'Utente