



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. 2 SORVEGLIANTE DI CANALI IN POSSESSO DELLA PAT. B – CAT. D107 PRESSO IL CONSORZIO DI BONIFICA DELL'ORISTANESE.

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. 2 SORVEGLIANTE DI CANALI

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:

	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; Di essere iscritto nell'elenco anagrafico del CPI di Oristano dal _____
	Di essere occupato dal _____ presso _____
	Di essere lavoratore autonomo dal _____ P.IVA _____
	Di essere in possesso della qualifica di _____ conseguito in data _____ presso _____
	Di essere in possesso del seguente titolo di studio _____ conseguito in data _____ presso _____
	Di essere in possesso dei requisiti generali di accesso al pubblico impiego

Dichiara, inoltre:



**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

	Di possedere/non possedere l'attestazione ISEE in corso di validità, consapevole che verranno detratti 25 punti dal calcolo del punteggio di graduatoria
	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
	Di essere un lavoratore iscritto in Lista di Mobilità dal _____
	Di essere donna in reinserimento lavorativo con precedente occupazione e intenzionata a rientrare nel mercato del lavoro dopo almeno 2 anni di inattività
	Di essere lavoratore in possesso di precedenti esperienze di lavoro presso la Pubblica Amministrazione nella qualifica professionale attinente a quella della chiamata: Ente _____ Durata in anni _____ mesi _____ giorni _____ Ente _____ Durata in anni _____ mesi _____ giorni _____
	Di essere un lavoratore socialmente utile presso _____
	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 suesposte 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. _____