

Schema di domanda di partecipazione

A.P. per l'avviamento a selezione relativo all'assunzione a tempo pieno e indeterminato presso l'Agenzia della Regione Basilicata per le erogazioni in Agricoltura (ARBEA) di n. 2 unità di personale di categoria B1 riservato a persone diversamente abili

Allegato "A"
all'Avviso Pubblico per selezione persone con disabilità

Al Centro/Subcentro per l'Impiego

di _____ (1)

Oggetto: Domanda di partecipazione all'avviamento a selezione per assunzione a tempo pieno e indeterminato di n. 2 unità lavorative di cat. B.1 di persone diversamente abili alle dipendenze dell'Agenzia della Regione Basilicata per le erogazioni in Agricoltura (ARBEA) presso strutture dell'Agenzia aventi sede sul territorio regionale nelle Province di Potenza e Matera.

Il/La sottoscritto/a (Cognome) _____ (Nome) _____
nato/a il ___/___/____ a _____ codice fiscale _____ telefono
_____ Cell. _____ residente a _____ via
_____ n. ____, iscritto e/o già iscritto nelle liste del Collocamento Obbligatorio
della Provincia di: Potenza Matera

CHIEDE

di partecipare all'avviamento a selezione per l'assunzione a tempo pieno e indeterminato di persone diversamente abili alle dipendenze dell'Agenzia della Regione Basilicata per le erogazioni in Agricoltura (ARBEA) presso strutture dell'Agenzia aventi sede sul territorio regionale nelle Province di Potenza e Matera, per n. 2 unità lavorative di Categoria B1 di cui:

- a) n. 1 "Addetto all'inoltro e smistamento di posta e documenti".
b) n. 1 "Addetto all'accoglienza, informazione ed assistenza dell'utenza".

DICHIARA

- a. di aver preso visione dell'avviso pubblico relativo all'offerta di lavoro di cui sopra;
b. di avere assolto all'obbligo scolastico e di essere in possesso dei requisiti per l'accesso al pubblico impiego;
c. di essere in possesso degli ulteriori requisiti professionali richiesti dal bando;
d. che il dato ISEE del nucleo familiare, come da allegato modello in vigenza di validità, è di € _____ ;

¹ **Allegato 1:** Elenco dei Centri e Subcentri per l'Impiego competenti per territorio ai quali far pervenire le domande di partecipazione alla selezione.

- e. che il proprio nucleo familiare è composto da n. ____ persone così come elencato nella dichiarazione ISEE.;
- f. di essere capo famiglia di un nucleo familiare monoparentale con n. _____ figli a carico:
 SI NO;
- g. che nel proprio nucleo familiare vi sono individui con invalidità al 100% o grave handicap
 SI NO Num. ____;
- h. che nel proprio nucleo familiare vi sono i seguenti componenti a carico:
 €coniuge o convivente more uxorio privo di reddito,
 €n. ____ figli a carico,
 €n. ____ figli a carico con coniuge o convivente occupato,
 €n. ____ figli disabili a carico,
 €n. ____ altri familiari a carico;
- i. di prestare attività lavorativa SI NO;
- j. di aver percepito per l'attività lavorativa un reddito lordo per l'anno in corso pari ad €_____, per il periodo dal _____ al _____ ;
- k. di essere a conoscenza che la mancata presentazione dell'Indicatore della situazione Economica Equivalente (ISEE) non consentirà la inclusione nella/e graduatoria/e.

Il/La sottoscritto/a, consapevole che chi rilascia false dichiarazioni ad un Pubblico Ufficiale o che presenta false dichiarazioni, è punito a termine degli articoli 495 e 496 del Codice Penale, dichiara che la presente dichiarazione è veritiera ed è resa ai sensi e per gli effetti della D.P.R. 28.12.2000 n. 445, e s.m.i.

Allega Dichiarazione ISEE, in corso di vigenza, relativa alla situazione reddituale familiare.

Allega fotocopia di valido documento di identità.

Ai sensi del D.L.vo n. 196 del 30/06/2003, autorizza l'utilizzo dei propri dati personali, come innanzi specificati, ai soli fini della formulazione della graduatoria per l'avviamento a selezione di cui al presente bando.

 (Luogo e data)

 (Firma del candidato)

¹ **Allegato 1:** Elenco dei Centri e Subcentri per l'Impiego competenti per territorio ai quali far pervenire le domande di partecipazione alla selezione.

Spazio riservato all'Amministrazione:

I Sig. _____ è stat_ da me identificat_ per mezzo del seguente documento
 _____ rilasciato da _____ il _____

data _____

firma del funzionario _____