



Al Centro dei Servizi per il Lavoro
di _____

OGGETTO: *Domanda di adesione all'avviamento a selezione ai sensi dell'art. 16, legge 56/87 con le modalità previste dalla L.R. n. 20 del 05.12.05 e DGR n. 15/12 del 30.03.04 e DGR n. 24/26 del 27.05.04 di Un Collaboratore tecnico disinfestore a tempo pieno ed indeterminato, Cat.B3- C.C.N.L. Enti Locali presso Amministrazione Provinciale del Medio Campidano*

Il/la sottoscritt _____

C.F. _____ nat_ il _____ a _____

domiciliat_ in _____ indirizzo _____

residente in _____ indirizzo _____

recapito telefonico _____ email _____

titolo di studio _____

qualifica professionale _____

**Dichiara che con la presente
INTENDE ADERIRE ALLA SEGUENTE DOMANDA DI LAVORO:**

Ente: AMMINISTRAZIONE Provinciale del Medio Campidano

con mansione/qualifica di Collaboratore tecnico Disinfestore a tempo pieno ed indeterminato

Ai fini dell'attribuzione del punteggio nella graduatoria dichiara:

Di rivestire lo stato di disoccupato, così come previsto dal D.Lgs 181/20000 e DLgs 297/02 dal

Di essere iscritto nelle liste di mobilità dal _____;

Allega:

La dichiarazione ISEE relativa ai redditi dell'anno _____ il cui indicatore è il seguente:

_____;

Non allega la dichiarazione ISEE, consapevole che verranno detratti 25 punti;

Donna in reinserimento lavorativo con precedente occupazione e intenzionata a rientrare nel mercato del lavoro dopo almeno 2 anni di inattività;

Assessorato al Lavoro e Centri per l'impiego

Domanda di adesione all'avviamento a selezione ai sensi dell'art. 16, legge 56/87 con le modalità previste dalla L.R. n. 20 del 05.12.05 e DGR n. 15/12 del 30.03.04 e DGR n. 24/26 del 27.05.04 Un collaboratore tecnico disinfestore Cat.B3 CCNL Enti Locali c/o Amministrazione Provinciale del Medio Campidano

TIPO DOCUMENTO: *Domanda*

VER.: *n° 1.0 del 31.07.2008*

APPROVATO CON: -

AREA: *Lavoro*

DIRIGENTE: *Dott. Mariano Cabua*

SETTORE: *Politiche del Lavoro*

SEDE: *Via C. Felice, 201 - 09025 Sanluri (VS)*

SERVIZIO: *Coordinamento CSL*

REDATTO DA: *Dott. Gianfranco Occhioni*

TEL.: *070 9356200*

FAX: *070 9371089*

C.F.: *92121560921*

P.I.: *02981030923*

E-MAIL: *lavoro@provincia.mediocampidano.it*

- Lavoratore/lavoratrice in possesso di precedenti esperienze di lavoro presso la pubblica amministrazione nella qualifica professionale attinente a quella di chiamata (indicare durata in anni, mesi, giorni) Anni _____ - mesi _____ - giorni _____
- Lavorato socialmente utile presso _____
- Dichiaro di non essere occupato alla data della chiamata.
- Dichiaro di essere occupato dal _____ presso _____

La presente dichiarazione sostitutiva di certificazione viene rilasciata dal sottoscritto consapevole delle penalità previste in caso di false dichiarazioni, ai sensi degli artt. 47 e 76 del D.P.R. 445/2000.

Sanluri, _____

Firma del Dichiarante

Spazio riservato agli uffici.

Il sig. _____
nato il _____ ha presentato in data _____

domanda di adesione all'avviamento a selezione

Ente: AMMINISTRAZIONE Provinciale del Medio Campidano

con mansione/qualifica di Collaboratore tecnico Disinfestore a tempo pieno ed indeterminato

Data e firma dell'Impiegato del Centro _____

Assessorato al Lavoro e Centri per l'impiego

Domanda di adesione all'avviamento a selezione ai sensi dell'art. 16, legge 56/87 con le modalità previste dalla L.R. n. 20 del 05.12.05 e DGR n. 15/12 del 30.03.04 e DGR n. 24/26 del 27.05.04 Un collaboratore tecnico disinfestore Cat.B3 CCNL Enti Locali c/o Amministrazione Provinciale del Medio Campidano