



Al Centro dei Servizi per il Lavoro  
di \_\_\_\_\_

## DOMANDA DI ADESIONE ALL'AVVIAMENTO A SELEZIONE

(Ai sensi dell'art. 16, legge 56/87 con le modalità previste dalla L.R. 20 del 05.12.05,  
DGR n. 15/12 del 30.03.04, DGR. 24/26 del 27.05.04)

\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

con mansione/qualifica di \_\_\_\_\_

Al fini dell'attribuzione del punteggi 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;
- 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 \_\_\_\_\_
- Dichiara di non essere occupato alla data della chiamata.

#### Assessorato al Lavoro

#### Domanda di adesione all'avviamento a selezione

TIPO DOCUMENTO: *Modulistica*

VER.: *n. 1.00 del 05.08.2009*

APPROVATO CON: -

AREA: *Lavoro*

DIRIGENT *Dr. Mariano Cabua*

SETTORE: *Lavoro*

E:

SEDE: *Via Montevicchio snc - 09037 San Gavino Monreale (VS)*

SERVIZIO: *Centro Servizi per il Lavoro*

REDATTO DA: *Alessandra Congia*

TEL.: *070 9376107*

FAX.: *070 9339599*

C.F. *92121560921*

P.I.: *02981030923*

E-MAIL *csI\_sangavinomonreale@provincia.mediocampidano.it*

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.

San Gavino M.le, \_\_\_\_\_

*Firma del Dichiarante*

\_\_\_\_\_

**Spazio riservato agli uffici.**

Il sig. \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ ha presentato in data \_\_\_\_\_

domanda di adesione all'avviamento a selezione

presso l'Ente \_\_\_\_\_

per la qualifica e/o mansione di \_\_\_\_\_

Data e firma dell'Impiegato del Centro \_\_\_\_\_