



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

### AUTOCANDIDATURA

\_\_\_\_\_ sottoscritto \_\_\_\_\_  
nat\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

(compilare se domicilio differente dalla residenza)

domiciliat\_ in \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

titolo di studio \_\_\_\_\_

qualifica professionale \_\_\_\_\_

### Offre la propria autocandidatura

Per il profilo di: \_\_\_\_\_

### Dichiara

di possedere i seguenti requisiti:

*(barrare le caselle che interessano)*

- Età \_\_\_\_\_;
- Titolo di studio \_\_\_\_\_;
- Esperienza professionale;  SI  No
- Iscrizione nelle liste di mobilità (L.223/91 e 236/93)
- Disoccupato/a inoccupato/a oltre 24 mesi

### Dichiara inoltre

- Di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi Dlgs. N°196/2003

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma del Dichiarante  
\_\_\_\_\_

### Assessorato al Lavoro

#### Autocandidatura

TIPO DOCUMENTO : *Modulistica*

VER. : *n. 1 del 25.01.2011*

APPROVATO CON: -

AREA: *Lavoro*

DIRIGENTE: *Dr. Mariano Cabua*

SETTORE: *Centro dei Servizi per il Lavoro*

RESPONSABILE *Antonella Frau*

SERVIZIO: *Servizio Incontro Domanda/Offerta*

SEDE: *via Montevecchio, snc - 09037 San Gavino Monreale (VS)*

TEL.: *070 9356900*

FAX.: *070 9339599*

REDATTO DA: *Alessandra Congia*

C.F. *92121560921*

P.I.: *02981030923*

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