

REGIONE ABRUZZO
COORDINAMENTO MERCATO DEL LAVORO
SERVIZIO COLLOCAMENTO MIRATO
CENTRO PER L'IMPIEGO DI _____

SELEZIONE PUBBLICA PER L'ASSUNZIONE PRESSO L'AZIENDA SANITARIA LOCALE 02 LANCIANO-VASTO-CHIETI, NELL'AMBITO DELLA CONVENZIONE DI CUI ALL'ART. 11 LEGGE 12 MARZO 1999 N. 68, DI N° 2 OPERATORI TECNICI MAGAZZINIERI, CAT. B, POSIZIONE ECONOMICA B, CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PIENO E DETERMINATO, RISERVATA AI LAVORATORI DISABILI ISCRITTI NEGLI ELENCHI DELLA PROVINCIA DI CHIETI DI CUI ALL'ART. 8 L. 68/99.

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____ residente a _____ Via _____

presa visione dell'Avviso di selezione pubblicato dall'Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano-Vasto-Chieti,

CHIEDE

di voler partecipare alla selezione per l'assunzione di n° 2 Operatori Tecnici Magazzinieri, cat. B, posizione economica B, presso ASL 02 Lanciano-Vasto-Chieti con rapporto di lavoro a tempo determinato, riservata ai lavoratori disabili iscritti nelle liste del collocamento obbligatorio della provincia di Chieti ai sensi della legge 68/99 e, a tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

☐ Di essere iscritto ☐ Di non essere iscritto
nelle liste del collocamento obbligatorio della provincia di Chieti come disabile (art. 1 legge 68/99);

☐ Di essere in possesso del seguente titolo di studio:

conseguito presso l'Istituto _____

nell'anno scolastico _____ ;

☐ **(SOLO PER I CANDIDATI PORTATORI DI HANDICAP DI CUI ALL'ART. 20 L. 104/1992)** di avere necessità per l'espletamento delle prove selettive del seguente ausilio (specificare il tipo):

Il/la sottoscritto/a chiede, inoltre, che tutte le comunicazioni relative alla presente selezione siano inviate al seguente recapito, impegnandosi a comunicare tempestivamente all'Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano-Vasto-Chieti le eventuali variazioni:

Via/piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____ e-mail _____

Telefono _____ Cell. _____

Dichiara, altresì, di essere a conoscenza che l'Amministrazione provinciale non assume alcuna responsabilità in caso di smarrimento di comunicazione dipendente da inesatta indicazione del recapito o da mancata/tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo.

Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data _____

Firma _____

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Si dichiara che il candidato ☐ **risulta** ☐ **non risulta** regolarmente iscritto nelle liste del collocamento obbligatorio della provincia di Chieti come disabile (art. 1 legge 68/99);

☐ **risulta** ☐ **non risulta** attualmente disoccupato ai sensi del D.Lgs. 150/2015.

Si allega copia del documento di riconoscimento dell'interessato IN CORSO DI VALIDITA'.

Data _____ Firma e timbro dell'impiegato _____

Eventuali annotazioni dell'Ufficio:
