



Alla PROVINCIA DI REGGIO CALABRIA
Settore Lavoro e Politiche Sociali, Politiche
Giovanili – Attività Produttive



Al Centro per l'Impiego di LOCRI

Alla Sede Locale Coordinata di _____

Il sottoscritto.....nato il.....
residente in.....Via.....
Tel.....Codice Fiscale.....

PRESA VISIONE

Dell'offerta di lavoro presso l'Azienda SALUS SPA sita in Bruzzano Zeffirio, C.da Marinella SS 106 KM 64, di n.1 unità di soggetti appartenenti alle categorie di cui **all'art.18 comma 2, della Legge n. 68/99, in conformità all'art. 9 comma 5 della Legge 68/99 e del Regolamento Regionale n. 2/03,** da assumere al lavoro presso l'Azienda SALUS SPA per il profilo di **"Infermiere Professionale"**, CCNL per il Personale non medico dipendente dalle case di cura e di riposo e dai centri di riabilitazione

CHIEDE

di essere incluso nelle graduatorie riferite alla specifica occasione di lavoro per N. 1 posti disponibili per la qualifica di **"Infermiere Professionale"**,
A tal fine, secondo quanto previsto dagli artt. 46 e 47, nonché dell'art. 3 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

- di avere preso visione della sua posizione nella graduatoria delle categorie protette di cui alla Legge n.68/99 relativa al 31.12.2009 pubblicate presso i CPI della Provincia, ed attualmente vigente;
- o di avere diritto alla data odierna all'inserimento in dette graduatorie che saranno valide per l'anno 2010;
- che il proprio reddito per l'anno 2008 è pari a €.....;
- che il proprio reddito per l'anno 2009 è pari a €.....;
- che il proprio reddito per l'anno 2010 è pari a €.....;
- di trovarsi in stato di disoccupazione e di avere dichiarato di essere immediatamente disponibile a svolgere una attività lavorativa pertanto, di non essere titolare di licenza (commercio-artigianato) e di non svolgere alcuna attività in proprio;
- di avere / non avere diritto all'attribuzione del punteggio per n. persone a carico come di seguito specificato:
 - coniuge o convivente in stato di disoccupazione inserito nell'elenco delle persone in cerca di occupazione SI NO
 - n.....figlio/i minorenni e conviventi e a carico;
 - n.....figlio/i maggiorenni e conviventi sino al 26° anno di età e inseriti nell'elenco delle persone in cerca di occupazione, oltre che convivente e a carico, ovvero senza limiti di età se invalido permanentemente inabile al lavoro;
 - n.....fratello/sorella minorenni conviventi a carico;

- di essere in possesso del titolo di studio di _____ e dell'attestato di qualifica professionale avente valore legale, di _____;

Il sottoscritto consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, formazione ed uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n.445/2000, conferma la dichiarazione sopra riportata e si impegna a comunicare tempestivamente tutte le variazioni che interverranno. Inoltre, il sottoscritto dichiara di essere consapevole che quanto sopra dichiarato potrà in qualsiasi momento essere oggetto di verifica da parte dell'ufficio, tramite gli organi preposti (art. 71 DPR n. 445/2000).

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n.196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazioni viene resa.

.....li.....

(firma).....

Allega i seguenti documenti:

- documento d'identità in corso di validità;
- certificato di iscrizione nelle liste di cui alla legge n.68/99;
- scheda anagrafica professionale ;
- scheda anagrafica professionale del coniuge;
- scheda anagrafica professionale del figli minorenni;
- certificato di stato di famiglia o autocertificazione;
- altro.....

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

Il sottoscritto impiegato attesta che il lavoratore:_____

- si è presentato personalmente all'ufficio e ne viene autenticata la firma.
- la domanda è stata presentata per delega ed il delegato è stato identificato con documento:
.....

(firma per esteso dell'impiegato)

documenti allegati n.....

RICEVUTA

Il/La Sig.....nato il.....ha presentato in data odierna istanza di adesione alle occasioni di lavoro riservate ai soggetti di cui alla Legge 12 marzo 1999, n.68.

Documenti allegati n.....=

Data.....

(firma dell'impiegato).....