

All' Agenzia Regionale Toscana per l' Impiego ARTI
Settore Servizi per il Lavoro di Pisa e Massa Carrara
Servizio Collocamento Mirato di Pisa

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE
PUBBLICA PER CHIAMATA NOMINATIVA**

Selezione pubblica per chiamata nominativa per l'individuazione di n. 1 soggetto idoneo all'assunzione a tempo indeterminato e pieno, con qualifica di Operatore Esperto Amministrativo – Area degli Operatori Esperti riservato ai lavoratori disabili ai sensi degli artt. 1 e 8 della Legge 68/99, in attuazione della Convenzione L. 68/99 art. 11 prot. n. 40407 del 11/03/2024 e della richiesta prot. n. 56098 del 3/04/2024, presso Agenzia Regionale Toscana per l' Impiego Settore Servizi per il Lavoro di Pisa e Massa Carrara

Il/La sottoscritto/a:

(scrivere in modo chiaro e leggibile, barrare tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni da rilasciare)

Cognome e Nome _____ luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale _____ Cittadinanza _____

Residenza (Comune) _____ Via _____

Domicilio (Comune) _____ Via _____

Numero telefono _____ / _____ Numero cellulare _____

E-mail _____ Pec _____

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 495 e 496 del Codice Penale – art.76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000)

DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R del 28/12/2000, n. 445

- Di ESSERE in possesso di tutti i requisiti richiesti dall'Avviso oggetto della presente domanda.
 Di ESSERE in possesso della Licenza scuola dell'obbligo fino all'anno scolastico 2007/2008 conseguita nell'anno scolastico _____ presso Istituto: _____ sede di _____;

(oppure)

- Di ESSERE in possesso del diploma conclusivo di istruzione secondaria di primo grado unitamente ad un attestato di frequenza del primo biennio di uno dei percorsi di istruzione secondaria di secondo grado nelle scuole statali e paritarie oppure al completamento di un percorso triennale o quadriennali dell'istruzione e formazione professionale (IeFP) erogati dai centri di formazione professionale accreditati dalle Regioni e dagli istituti professionali in regime di sussidiarietà oppure alla sottoscrizione e successivo adempimento, a partire dal quindicesimo anno di età, di un contratto di apprendistato, ai sensi dell'articolo 43, decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81. conseguito nell'anno scolastico _____ presso Istituto: _____ sede di _____; *(nel caso di conseguimento all'estero indicare gli estremi del Provvedimento Ministeriale con il quale è stato disposto il riconoscimento in Italia).*
 Di ESSERE in possesso di **almeno uno dei seguenti ulteriori requisiti:**

- diploma di istruzione secondaria di secondo grado (diploma di maturità) conseguito nell'anno scolastico _____ presso Istituto: _____ sede di _____; *(nel caso di conseguimento all'estero indicare nella riga sottostante gli estremi del Provvedimento Ministeriale con il quale è stato disposto il riconoscimento in Italia: _____)*;
- attestato di credito formativo rilasciato a seguito della frequenza di istruzione secondaria di secondo grado nell'anno scolastico _____ dall' Istituto: _____ sede di _____;
- attestato di qualifica professionale o di corso di specializzazione rilasciato da istituti riconosciuti a norma dell'ordinamento scolastico dello Stato o da centri di formazione professionale regionali o riconosciuti dalla Regione, attinenti al profilo professionale di cui all'avviso.
Denominazione della qualifica/corso di specializzazione _____
conseguita/o in data _____ presso _____ sede di _____;
- esperienza di lavoro attestata nel settore pubblico e/o privato, attinente al profilo professionale di cui all'avviso della durata pari o superiore a 6 mesi, anche non continuativi, maturata con rapporti di lavoro iniziati successivamente al 01 Gennaio 2014.
Rapporto di lavoro dal _____ al _____ presso azienda/ente pubblico _____ con sede in _____ qualifica di _____ per lo svolgimento delle seguenti mansioni _____;
- Di ESSERE impegnato in attività lavorativa:
 - T. Determinato T. Indeterminato Collaborazioni Lavoro autonomo
 - dal _____ al _____ e di impegnarsi a verificare, entro la data di scadenza del termine utile per la presentazione della domanda, presso il Centro per l'Impiego di appartenenza, la possibilità di recuperare / conservare lo stato di disoccupazione.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che in caso di dichiarazioni accertate come false o mendaci incorrerà nell'applicazione delle sanzioni previste dagli artt.75 e 76 del D.P.R. 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni.

Tutela della riservatezza (diritto alla Privacy) - Ai sensi del Decreto legislativo n. 196/2003 e artt. 13 e 14 del GDPR 679/2016:

Tutti i dati richiesti verranno trattati per le finalità previste dalla presente dichiarazione a norma di legge; il trattamento dei dati personali forniti sarà effettuato attraverso supporti cartacei e/o informatici. In particolare, i dati raccolti verranno inseriti in un'apposita banca dati elettronica e potranno confluire al nodo nazionale della Borsa Continua Nazionale del Lavoro, di cui all'art. 15 del D. Lgs. 276/2003. Il conferimento dei dati personali è necessario per la corretta gestione del procedimento finalizzato all'erogazione dei servizi erogati dai Centri per l'impiego. In ogni momento può essere esercitato il diritto di cancellazione, modificazione, integrazione, rivolgendosi direttamente al Centro per l'impiego, ai sensi degli artt. 16 e 17 del Regolamento europeo (UE) 2016/679 (GDPR). Il sottoscritto consente l'utilizzo dei propri dati personali esclusivamente per le finalità sopra indicate.

La presente domanda deve essere, **pena l'esclusione dalla selezione**, debitamente compilata in ogni campo richiesto, sottoscritta e accompagnata da copia del documento di riconoscimento in corso di validità.



I candidati che, in relazione al proprio handicap, hanno diritto ad eventuali ausili o necessitano di tempi aggiuntivi per l'espletamento della prova, come previsto dall'art.20 L.104/1992, dovranno compilare la dichiarazione/richiesta in calce alla presente domanda, specificando gli ausili necessari.

La mancata sottoscrizione della dichiarazione/richiesta con allegata apposita documentazione sanitaria, non consentirà all'Amministrazione di erogare l'assistenza richiesta.

L'assegnazione di ausili e/o tempi aggiuntivi ai candidati che ne abbiano fatto richiesta sarà determinata a insindacabile giudizio della Commissione esaminatrice sulla scorta della documentazione esibita e sull'esame obiettivo di ogni specifico caso.

DATA _____

FIRMA _____

RICHIESTA AUSILI E/O TEMPI AGGIUNTIVI (art.20 Legge 104/92)
(da compilarsi solo in caso di possesso del requisito specifico)

Il sottoscritto/a _____, nato/a _____ il _____

dichiara di essere in possesso dei requisiti previsti dall'art.20 della legge 104/92 e pertanto richiede:

i seguenti ausili necessari in relazione al proprio handicap (specificare):

tempi aggiuntivi

Il sottoscritto allega apposita documentazione sanitaria (verbale accertamento legge 104/92 ed eventuale ulteriore certificazione)

DATA _____

FIRMA _____