



MODELLO DI ADESIONE ALL'OFFERTA DI LAVORO

Offerta di lavoro riservata agli aventi diritto iscritti negli elenchi di cui all'art. 8 della legge 68/99 della provincia di Pistoia - (DISABILI)

DICHIARAZIONE DI ADESIONE AI BANDI DI AVVIAMENTO NUMERICO A SELEZIONE
E AUTOCERTIFICAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ e residente in Via/Piazza _____ n° _____

Telefono _____ Cellulare _____

Indirizzo di posta elettronica _____

domiciliato in (indicare solo se domicilio diverso da residenza) _____

Via/Piazza _____ n° _____

manifesta la propria disponibilità per il seguente posto di lavoro:

Periodo di riferimento	ENTE PUBBLICO RICHIEDENTE	SEDE DI LAVORO	PROFILO PROFESSIONALE	UNITÁ	CAT. ISCRIZIONE
Dal 27/11/2017 Al 27/12/2017	AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE TOSCANA CENTRO – PISTOIA	Pistoia	COADIUTORE AMMINISTRATIVO CAT.B, DEL CCNL sottoscritto in data 20/09/2001	2	Disabile art. 8, L. 68/99

Pertanto, ai sensi dell'art. 46 DPR 28.12.2000 N. 445, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazione mendace, oltre alla conseguente immediata decadenza dei benefici eventualmente acquisiti sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA (barrare le caselle interessate)

- Di aver preso visione del bando,
- Di essere (alla data di pubblicazione del bando) regolarmente iscritto nelle liste di cui **all'art. 8**, della Legge 68/99 della Provincia di Pistoia (DISABILI)

- Di essere in possesso del titolo di studio richiesto dal bando: diploma di istruzione secondaria di primo grado (licenza media),
- Di essere in possesso della cittadinanza italiana (così come specificato nel bando),
- Di avere un'età non inferiore ai 18 anni e non superiore all'età prevista dalle norme vigenti in materia di collocamento a riposo,
- Di non essere escluso dall'elettorato politico attivo,
- Di non essere stato destituito dall'impiego presso una pubblica amministrazione o dispensato dalla stessa per persistente, insufficiente rendimento, ovvero dichiarato decaduto ai sensi della normativa vigente o licenziato per le medesime cause,
- Di essere in posizione regolare nei confronti degli obblighi militari (per i candidati di sesso maschile soggetti all'obbligo di leva).

INOLTRE

Relativamente al proprio nucleo familiare, DICHIARA i seguenti familiari a carico:

Cognome e Nome	Data di Nascita	Luogo di nascita	Prov.	Tipo
Descrizione		Tipo		
Il/la coniuge o convivente more uxorio disoccupato/a iscritto/a		A		
Figlio/a minorenni convivente e a carico		B		
Figlio/a maggiorenne fino al 26° anno di età se studente e disoccupato/a, iscritto/a oltre che convivente e a carico		C		
Figlio/a senza limiti di età se invalido/a permanentemente al lavoro convivente e a carico		D		
Fratello o sorella minorenni convivente e a carico		E		

Relativamente al proprio reddito (escluso quello relativo al nucleo familiare), **DICHIARA**:
 che il reddito lordo comprensivo di tutti i redditi assoggettati a IRPEF (redditi derivanti da: lavoro, tirocinio, servizio civile, capitale, pensioni, abitazione e altro imponibile Irpef) è il seguente:

REDDITO: ANNO 2016 Euro: _____

Relativamente alla propria posizione professionale, DICHIARA:
 (barrare le caselle interessate)

- Di essere alla data odierna effettivamente non occupato e di non svolgere attività lavorativa che produca redditi da lavoro autonomo o dipendente
- Di essere alla data odierna occupato come lavoratore dipendente o parasubordinato:
- tipo di contratto: _____ ore settimanali lavorate: _____ denominazione impresa _____
 - Di svolgere alla data odierna attività di lavoro autonomo (indicare denominazione impresa e Partita IVA) _____

Il/la sottoscritto/a è consapevole che chi rilascia false dichiarazioni ad un pubblico ufficiale o presenta false documentazioni è punito a termine degli art. 496 e 495 del Codice Penale.

Data: _____

Firma del Dichiarante

RICEVUTA DA CONSEGNARE ALL'INTERESSATO

----- ✂ ----- ✂ ----- ✂ -----

Periodo di riferimento	ENTE PUBBLICO RICHIEDENTE	SEDE Di LAVORO	PROFILO PROFESSIONALE	UNITÁ	CAT. ISCRIZIONE
Dal 27/11/2017 Al 27/12/2017	AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE TOSCANA CENTRO – PISTOIA	Pistoia	COADIUTORE AMMINISTRATIVO CAT.B, DEL CCNL sottoscritto in data 20/09/2001	2	Disabile art. 8, L. 68/99

Presentata in data _____

Prot. N. _____

dal Sig. _____

Firma operatore _____