

Servizio Offerta Politiche e Servizi Territoriali – Perugia

Approvato con D.D. 224 del 02/03/2020

Vista la D.D. n. 279 del 10/03/2020

Vista la D.D. n. 879 del 23/07/2020

AVVISO AVVIAMENTO NUMERICO

Riservato: **ISCRITTI ART. 8 L.68/99 (disabili) negli elenchi provinciali di Perugia**

Datore di Lavoro: **ALLEANZA ASSICURAZIONI SPA**

Attività: **COMPAGNIA ASSICURATIVA**

Sede di lavoro: **AMBITO TERRITORIALE PROVINCIALE**

Numero Posti: **01**

Profilo: **ISPETTORE DI PRODUZIONE**

Tipologia di contratto: **TEMPO INDETERMINATO**

Mansioni: **CONSULENZA ASSICURATIVA PRESSO IL DOMICILIO DEL CLIENTE ED INCASSO DEI PREMI - UTILIZZO DEL PC CON PACCHETTO OFFICE.**

Requisiti: **ISCRIZIONE NELLE LISTE PROVINCIALI DI PERUGIA DI CUI ALL' ART.8 L.68/99 ALMENO 90 GIORNI PRIMA DELLA DATA DI PUBBLICAZIONE DEL BANDO, POSSESSO DIPLOMA QUINQUENNALE DI MATURITA' E PATENTE DI GUIDA CAT. B.**

Scadenza presentazione delle domande di disponibilità: **ENTRO LE ORE 13:00 DEL 02/09/2020.**

(Domande giunte successivamente all'ora di chiusura dell'Asta non potranno essere prese in considerazione)

Presentazione delle domande: le domande debbono essere presentate compilando l'apposito modulo e dovranno giungere ad ARPAL UMBRIA – Servizio Offerta Politiche e Servizi Territoriali – Perugia – Sezione Servizi Specialistici L. 68/99 – **esclusivamente** mediante invio all'indirizzo **PEC: lavoroperugia@pec.arpalumbria.it** utilizzando una delle seguenti modalità:

- **Posta Elettronica Certificata Personale con:**
 - sottoscrizione e scansione della domanda compilata in tutte le sue parti;
 - copia scansionata (fronte/retro) del documento di identità in corso di validità.
- **Posta elettronica Certificata di altro soggetto con:**
 - sottoscrizione scansione della domanda compilata in tutte le sue parti;
 - delega all'invio della domanda;
 - copia scansionata (fronte/retro) del documento di identità in corso di validità di chi ha sottoscritto la domanda delegando l'invio della stessa;
 - copia scansionata (fronte/retro) del documento di identità in corso di validità del delegato all'invio della domanda.
- **Posta Elettronica non Certificata (E-Mail) con:**
 - sottoscrizione e scansione della domanda compilata in tutte le sue parti;
 - copia scansionata (fronte/retro) del documento di identità in corso di validità

N.B. Tutti gli allegati dovranno essere inviati esclusivamente in formato PDF. Non saranno accolte domande in formato diverso da quello indicato. Non verranno accettate domande di partecipazione consegnate a mano o pervenute a mezzo posta.

L'Ente non assume alcuna responsabilità da incompleto invio tramite PEC o da invio a mezzo email non certificata. L'Ente, altresì, non assume responsabilità nel caso di dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta o non chiara indicazione dei dati anagrafici e dell'indirizzo e/o del recapito telefonico da parte degli aspiranti, mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento dell' indirizzo e/o del recapito telefonico indicati nella domanda. Gli avviamenti avverranno in virtù di una graduatoria rideterminata finalizzata alla singola offerta di lavoro (D.G.R. n. 1498/2016)

Pubblicata dal 19/08/2020 al 02/09/2020

p. il Dirigente del Servizio 4
Dott. Riccardo Pompili
Il Dirigente Vicario
Dott. Graziano Pagliarini

(Timbro arrivo)	Protocollo del
-----------------	-----------------------

OGGETTO: ASTA N. 617 – Art.8 L. 68/99 AZIENDA : ALLEANZA ASSICURAZIONI SPETT. ARPAL UMBRIA – Agenzia Regionale per le Politiche attive del lavoro Servizio Offerta Politiche e Servizi Territoriali – Perugia – Sezione Servizi Specialistici L. 68/99 – Via Palermo 106 - 06128 Perugia ASTA con scadenza ore 13,00 del 02/09/2020 (non verranno prese in considerazione domande giunte successivamente alla data di scadenza)	SPAZIO PER L'UFFICIO PUNTEGGIO: ANZ.TA' ISCRIZIONE:
---	--

La/Il sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Nata/o a _____ il _____ residente a _____

Via _____ domiciliato a _____ cap _____

Via _____ Tel. _____ Cell. N. _____

E-mail _____ Pec _____

Essendo iscritto alle liste provinciali di Perugia di cui all'art. 8 l.68/99

CHIEDE

di partecipare all'avviamento numerico presso l'AZIENDA **ALLEANZA ASSICURAZIONI** per la copertura di **n.1 posto** a tempo indeterminato di **ISPETTORE DI PRODUZIONE**. La selezione è riservata ai **DISABILI** di cui all'art.8 l.68/99 **iscritti ALMENO 90 GIORNI PRIMA DELLA DATA DI PUBBLICAZIONE DEL BANDO** nelle liste provinciali di Perugia.

Sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni amministrative (art.75) e penali (art.76) disciplinate dal D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni false o non rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n.445/2000 DICHIARA QUANTO SEGUE essendo consapevole che richieste con dichiarazioni incomplete verranno escluse dovendosi obbligatoriamente riempire tutti i campi:

➤ **Condizione economica individuale derivante dal patrimonio** (mobiliare e immobiliare) e **reddito individuale lordo da lavoro (imponibile I.R.PE.F.)** riferiti all'ultimo anno di imposta per i quali sono scaduti i termini (anno 2018) € . □ . □ □ □ . □ □ □ , □ □ (campo obbligatorio)

➤ **Titoli / requisiti / qualifiche richiesti**

Diploma QUINQUENNALE DI MATURITA'

(se il titolo è stato conseguito all'estero specificare la nazione e che è stata ottenuta l'equivalenza al diploma italiano indicando l'autorità e la data di rilascio)

NAZIONE _____ **EQUIVALENZA RILASCIATA**

DA _____ **IN DATA** _____

➤ **Patente di guida cat. B**

➤ **Carichi familiari*** SI NO (campo obbligatorio)

* Per carico familiare si intende quello rilevato dallo stato di famiglia e determinato secondo le modalità previste per la corresponsione dell'assegno per il nucleo familiare. (D.P.R. 246 del 18/06/1997 e s.m.i.)

- **NEL CASO IN CUI VENGANO INDICATI CARICHI FAMILIARI E' NECESSARIO COMPILARE LA TABELLA RELATIVA. La compilazione non completa dei campi indicati comporterà l'esclusione del carico familiare relativo.**

Coniuge convivente disoccupato ai sensi del D.Lgs 150/2015

Cognome	Nome	Codice fiscale	Comune e data di nascita
Iscritto presso il Centro per l'Impiego di :			

Figli minorenni conviventi e a carico

Cognome	Nome	Codice fiscale	Comune e data di nascita

Figli conviventi a carico, senza limiti di età, invalido permanentemente al lavoro

Cognome	Nome	Codice fiscale	Comune e data di nascita

Figli maggiorenni conviventi fino a 26 anni non compiuti se studenti e disoccupati ** (numero di figli maggiore di 4)

Cognome	Nome	Codice fiscale	Comune e data di nascita

Fratelli o sorelle minorenni, conviventi e a carico

Cognome	Nome	Codice fiscale	Comune e data di nascita

Altri familiari a carico

Cognome	Nome	Codice fiscale	Comune e data di nascita

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96 e s.m.i. che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Si allega documento di riconoscimento.

FIRMA

Data, _____

DELEGA PER L'INVIO DEL MODELLO DI CANDIDATURA
PER L'ADESIONE ALLA PROCEDURA DI AVVIAMENTO A SELEZIONE PRESSO
L'AZIENDA ALLEANZA ASSICURAZIONI
AI SENSI DELLA LEGGE N. 68/1999
E PER L'INVIO DELLE SUCCESSIVE COMUNICAZIONI

(da compilare solo in caso di inoltro della domanda
tramite posta elettronica certificata da parte di soggetto diverso dal richiedente
e da allegare al modello di candidatura)

Il/la sottoscritto/a (*delegante-richiedente*)

Cognome _____ Nome _____

nato/a _____ il _____

residente nel comune di _____ CAP _____

indirizzo _____ n. civico _____

Codice Fiscale _____ , con il presente atto

DELEGA

il signor/signora (*delegato*)

Cognome _____ Nome _____

nato/a _____ il _____

residente nel comune di _____ CAP _____

indirizzo _____ n. civico _____

Codice Fiscale _____ ,

titolare del seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC): _____

all'invio, tramite il suddetto indirizzo, del modello di candidatura per l'adesione alla seguente procedura:

"AVVIAMENTO NUMERICO PRESSO L'AZIENDA ALLEANZA ASSICURAZIONI ai sensi della Legge 68/99 - Asta
n. 617 / 2020 – ISPETTORE DI PRODUZIONE -

AUTORIZZA

il delegato alla ricezione delle comunicazioni inerenti la relativa procedura.

La presente delega vale fino a diversa comunicazione scritta inviata ad ARPAL Umbria

Luogo e data _____ Firma _____
(firma leggibile per esteso del delegante-richiedente)

Per accettazione

Luogo e data _____ Firma _____
(firma leggibile per esteso del delegato)

Allegati:

Copia fronte/retro, in formato Pdf, di un documento di identità in corso di validità del delegante - richiedente e del delegato