

Servizio Servizi per il lavoro e ammortizzatori sociali
Vista la D.D. n. 879 del 23/07/2020;
Vista la D.D. n.582 del 12/05/2022;

AVVISO AVVIAMENTO NUMERICO

Riservato: **ISCRITTI L. 113/85 (Centralinisti telefonici non vedenti) negli elenchi provinciali di Perugia**

Datore di Lavoro: **ASL UMBRIA 1**

Attività: **PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

Sede di lavoro: **Ambito territoriale di competenza ASL Umbria 1**

Numero Posti: **02**

Profilo: **CENTALINISTA TELEFONICO**

Mansioni: **PROPRIE DEL PROFILO**

Tipologia di contratto: **TEMPO INDETERMINATO**

Requisiti:

- **Iscrizione nelle liste provinciali di Perugia di cui alla Legge 113/85 alla data di pubblicazione del bando;**
- **Cittadinanza italiana, ovvero cittadinanza di altro stato membro dell'unione europea.** Sono ammessi altresì i familiari di cittadini italiani o di altro stato membro dell'Unione Europea che non abbiano la cittadinanza di uno stato membro ma siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente, nonché i cittadini di paesi terzi titolari del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo o titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria, ai sensi dell'art. 38 del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165. I soggetti di cui all'articolo 38 del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165 devono essere in possesso dei requisiti, ove compatibili, di cui all'articolo 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 7 febbraio 1994, n. 174;
- **Età non inferiore ai 18 anni alla data di presentazione della candidatura;**

Scadenza presentazione delle domande di disponibilità: **ENTRO LE ORE 13:00 DEL 31/05/2022.**

(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 Servizi per il lavoro e ammortizzatori sociali – Sezione Servizi Specialistici L. 68/99 – **esclusivamente** mediante invio all'indirizzo **PEC: lavoroperugia@pec.arpalumbria.it** **indicando nell'oggetto la seguente locuzione: AVVIAMENTO NUMERICO L. 113/85 – L. 68/99** - 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. Ogni EMAIL o PEC deve contenere una (1) sola domanda di partecipazione pena l'esclusione.

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 17/05/2022 al 31/05/2022

per attuazione
Il Dirigente
Dr. Riccardo Pompili

OGGETTO: ASTA L. 68/99 – I.113/85

ENTE : ASL UMBRIA 1

**SPETT. ARPAL UMBRIA – Agenzia Regionale per le Politiche attive del lavoro
Servizio Servizi per il lavoro e ammortizzatori sociali – Sezione Servizi Specialistici L. 68/99 –
Via Palermo 106 - 06128 Perugia**

ASTA con scadenza ore 13:00 del 31/05/2022
(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 _____

autorizza per qualsiasi comunicazione relativa alla presente procedura, anche l'utilizzo del sopra indicato indirizzo email

CHIEDE

***Essendo iscritto alle liste provinciali di Perugia di cui alla l. 113/85
(centralinisti telefonici non vedenti)***

di partecipare all'avviamento numerico presso:

Datore di Lavoro: **ASL UMBRIA 1**

Attività: **PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

Sede di lavoro: **Ambito territoriale di competenza ASL Umbria 1**

Numero Posti: **02**

Profilo: **CENTALINISTA TELEFONICO**

Mansioni: **PROPRIE DEL PROFILO**

Tipologia di contratto: **TEMPO INDETERMINATO**

L'avviamento è riservato ai CENTRALINISTI TELEFONICI NON VEDENTI di cui alla l.113/85 **iscritti** 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 essendo consapevole che richieste con dichiarazioni incomplete verranno escluse dovendosi obbligatoriamente riempire tutti i campi

DICHIARA QUANTO SEGUE

➤ **Condizione economica individuale derivante dal patrimonio** (mobiliare e immobiliare) e **reddito individuale lordo da lavoro (imponibile I.R.P.E.F.)** riferiti all'ultimo anno di imposta per i quali sono scaduti i termini (anno 2020) € . □.□□□.□□□,□□ (campo obbligatorio)

➤ cittadinanza italiana (**campo obbligatorio barrare la casella corrispondente**) oppure
 cittadinanza di altro Stato membro dell'Unione Europea (indicare Stato)

familiare di cittadini italiani o di altro Stato membro dell'Unione Europea che non abbiano la cittadinanza di uno Stato membro ma siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente **(OBBLIGATORIO ALLEGARE CARTA DI SOGGIORNO)**

cittadino di Paesi terzi titolari del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo o titolare dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria, ai sensi dell'art. 38 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. I soggetti di cui all'articolo 38 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 devono essere in possesso dei requisiti, ove compatibili, di cui all'articolo 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 7 febbraio 1994, n. 174 **(OBBLIGATORIO ALLEGARE PERMESSO DI SOGGIORNO)**

➤ **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: copia documento di identità in corso di validità

copia carta/permesso di soggiorno

FIRMA

Data, _____

DELEGA PER L'INVIO DEL MODELLO DI CANDIDATURA
PER L'ADESIONE ALLA PROCEDURA DI AVVIAMENTO NUMERICO PRESSO

ASL UMBRIA 1

AI SENSI DELLA LEGGE N. 68/1999 – L. 113/85
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 – **ASL UMBRIA 1** - ai sensi della Legge 68/99 e della L. 113/85 –

Centralinista telefonico non vedente.

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