

Servizio Servizi per il lavoro e ammortizzatori sociali
Vista la D.D. n. 879 del 23/07/2020;
Vista la D.D. n. 328 del 20/02/2024;

AVVISO AVVIAMENTO NUMERICO

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

Datore di Lavoro: **I.N.A.I.L.**

Attività: **PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

Sede di lavoro: **CITTA' DI CASTELLO**

Numero Posti: **01**

Profilo: **CENTRALINISTA TELEFONICO – AREA DEGLI ASSISTENTI – CCNL FUNZIONI CENTRALI 2019-2021**

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;
- **Requisiti generali di accesso al pubblico impiego e requisiti specifici (D.Lgs. n.165/2001)**
- **Età non inferiore ai 18 anni alla data di presentazione della candidatura;**

Scadenza presentazione delle domande di disponibilità: **ENTRO LE ORE 23:59 DEL 18/03/2024.**

(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 Collocamento Mirato - **esclusivamente** mediante invio all'indirizzo **PEC: servizio4@pec.arpalumbria.it** indicando nell'oggetto la seguente locuzione: **AVVIAMENTO NUMERICO - INAIL - 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

La domanda e tutti gli allegati (copia documento di riconoscimento, eventuale delega) dovranno essere scansionati ed inviati esclusivamente in formato PDF pena l'esclusione. Non saranno accolte domande in formato diverso da quello indicato

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 26/02/2024 al 18/03/2024

per attuazione
Il Dirigente
Dr. Riccardo Pompili

OGGETTO: ASTA L. 68/99 – L.113/85

ENTE : I.N.A.I.L.

**SPETT. ARPAL UMBRIA – Agenzia Regionale per le
Politiche attive del lavoro
Servizio Servizi per il lavoro e ammortizzatori
sociali – Sezione Collocamento Mirato**

ASTA con scadenza ore 23:59 del 18/03/2024

(non verranno prese in considerazione domande giunte
successivamente alla data di scadenza)

SPAZIO PER L'UFFICIO

PUNTEGGIO:

ANZ.TA' ISCRIZIONE:

La/Il sottoscritta/o

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: **I.N.A.I.L.**

Attività: **PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

Sede di lavoro: **CITTA' DI CASTELLO**

Numero Posti: **01**

Profilo: **CENTRALINISTA TELEFONICO – AREA DEGLI ASSISTENTI – CCNL FUNZIONI CENTRALI 2019-2021**

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 2022) € . □.□□□.□□□,□□ (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**)

➤ Possesso dei requisiti generali di accesso al pubblico impiego e requisiti specifici (D.Lgs. n.165/2001) (**campo obbligatorio**)

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

* Per carico familiare si intende quello rilevato dallo stato di famiglia e determinato secondo le modalità previste dal D.P.R. 246 del 18/06/1997 e s.m.i.

- **NEL CASO IN CUI VENGA 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 ai sensi del D.Lgs 150/2015

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

Fratelli o sorelle minorenni, conviventi e 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
INAIL – SEDE DI CITTA' DI CASTELLO
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 – **INAIL presso la sede di CITTA' DI CASTELLO** ai sensi della L.68/99 e della L.113/85 – CENTRALINISTA ELEFONICO.

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