

Servizio Servizi per il lavoro e ammortizzatori sociali  
Vista la D.D. n. 879 del 23/07/2020;  
Vista la D.D. n.648 del 23/05/2022;

## AVVISO AVVIAMENTO NUMERICO

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

Datore di Lavoro: **KOS CARE SRL**

Attività: **ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA**

Sede di lavoro: **FOLIGNO**

Numero Posti: **03**

Profilo: **INFERMIERE**

Mansioni: **PROPRIE DEL PROFILO**

Tipologia di contratto: **TEMPO INDETERMINATO**

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;**
- **Laurea in Infermieristica**
- **Iscrizione all'Albo professionale**

Scadenza presentazione delle domande di disponibilità: **ENTRO LE ORE 23:59 DEL 15/09/2022.**

(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 Collocamento mirato – **esclusivamente** mediante invio all'indirizzo **PEC: [lavoroperugia@pec.arpalumbria.it](mailto:lavoroperugia@pec.arpalumbria.it)** indicando nell'oggetto la seguente locuzione: **AVVIAMENTO NUMERICO L. 68/99 – ASTA n.2143/2022** - 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

**Tutti gli allegati (domanda, copia documento di riconoscimento, delega) dovranno essere inviati esclusivamente in formato PDF pena l'esclusione. 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.**

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 01/09/2022 al 15/09/2022

per attuazione  
Il Dirigente  
Dr. Riccardo Pompili

OGGETTO: ASTA N. 2143 - Art.8 L. 68/99

AZIENDA : **KOS CARE SRL**

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

SPAZIO PER L'UFFICIO

PUNTEGGIO:

ANZ.TA' ISCRIZIONE:

**ASTA con scadenza ore 23:59 del 15/09/2022**

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

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 all'art. 8 l.68/99 (DISABILI)**

di partecipare all'avviamento numerico presso:

Datore di Lavoro: **KOS CARE SRL**

Attività: **ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA**

Sede di lavoro: **FOLIGNO**

Posti: **03**

Profilo: **INFERMIERE**

Mansioni: **PROPRIE DEL PROFILO**

Tipologia di contratto: **TEMPO INDETERMINATO**

La selezione è riservata ai DISABILI di cui all'art.8 l.68/99 iscritti almeno 90 gg. 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 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.PE.F.)** riferiti all'ultimo anno di imposta per i quali sono scaduti i termini (ANNO 2020) €. .., (campo obbligatorio)

➤ **Titoli / requisiti / qualifiche richiesti**

**LAUREA IN INFERMIERISTICA (campo obbligatorio)**

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

NAZIONE \_\_\_\_\_  EQUIVALENZA o  EQUIPOLLENZA

RILASCIATA DA \_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_

**ISCRIZIONE ALBO PROFESSIONALE (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 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**

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 agli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679 "Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali " che i dati 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 PRESSO  
L'AZIENDA **KOS CARE SRL** AI SENSI DELLA LEGGE N. 68/1999  
E PER L'INVIO DELLE SUCCESSIVE COMUNICAZIONI

(da compilare solo in caso di inoltrare 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 **KOS CARE SRL** ai sensi della Legge 68/99 - Asta  
n.2143/2022 - INFERMIERE

### 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