

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 13:00 DEL 20/06/2022.**

(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. 68/99 – ASTA n.1548/2022** - 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

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)

Publicata dal 06/06/2022 al 20/06/2022

per attuazione
Il Dirigente
Dr. Riccardo Pompili

OGGETTO: ASTA N. 1548 - Art.8 L. 68/99

AZIENDA : **KOSE 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 13,00 del 20/06/2022

(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.P.E.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 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 ** (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 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 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 **KOS CARE SRL** ai sensi della Legge 68/99 - Asta
n.1548/2022 - 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