

Domanda di riammissione

OGGETTO: "Progetto di reinserimento lavorativo con affiancamento di n.12 soggetti con disabilità, in occupazione-disoccupazione prolungata e/o grave disagio socio-economico".

Il/la sottoscritto/a

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare al progetto in oggetto in quanto già assegnatario di n.1 Work Experience nell'ambito del progetto denominato "Progetto di reinserimento lavorativo con affiancamento di n. 3 soggetti con disabilità, inoccupazione-disoccupazione prolungata e/o grave disagio socio-economico" approvato con deliberazione di Giunta n. 163 del 16.05.2006.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di false dichiarazioni, dichiara il possesso dei seguenti requisiti soggettivi:

1. Cittadinanza italiana;
2. Residenza nel Comune di Venosa;
3. Età non inferiore ad anni 18;
4. Disabilità di cui all'art. 1, comma 1, della Legge n. 68/1999 con una riduzione della capacità lavorativa in misura del _____;
5. Iscrizione nelle liste del Collocamento Obbligatorio della Provincia di Potenza ai sensi della Legge n. 68/1999;
6. Compatibilità con le mansioni da svolgere;
7. Godimento dei diritti civili e politici;
8. Assenza di licenziamenti, destituzioni o dispense dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;
9. Assenza di condanne penali, di procedimenti penali in corso, interdizione o altre misure che impediscano la costituzione del rapporto con la Pubblica Amministrazione ovvero che comportino l'interdizione e/o la sospensione temporanea dai pubblici uffici;
10. Possesso del seguente titolo di studio: diploma di scuola media _____ conseguito nell'anno scolastico _____ presso l'Istituto _____ con sede a _____(_____);
11. Non avere in atto la partecipazione ad altri programmi di inserimento lavorativo.

Dichiara, altresì, di essere a conoscenza della possibile esecuzione di controlli sulla veridicità di quanto dichiarato, ai sensi dell'art.71 del D.P.R. 445/2000.

Con la firma apposta in calce, si esprime il consenso affinché i dati personali forniti con la presente richiesta possano essere trattati, nel rispetto del D. Lgs. 196/2003, per gli adempimenti connessi alla presente selezione.

..... Li

In fede

ALLEGATI:

- copia non autenticata di un documento di identità in corso di validità;
- copia autenticata o conforme del verbale di invalidità attestante la condizione di disabilità di cui all'art. 1 della legge n. 68/99 rilasciata dalla competente Commissione Sanitaria istituita nell'Azienda Sanitaria competente per territorio;
- copia autenticata o conforme del titolo di studio;