



OGGETTO: Dichiarazione di disponibilità per l'inserimento nella graduatoria per gli avviamenti a selezione presso le Pubbliche Amministrazioni – art. 16 legge 56/87.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
 a _____ Provincia _____ Stato civile _____
 residente in _____ via _____
 domiciliato in _____ via _____
 tel. _____ cell. _____ cod. fiscale _____

Iscritto/a presso il Centro per l'Impiego di Foggia

Ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali richiamate all'art. 76, ai fini dell'inclusione nella **graduatoria a TEMPO DETERMINATO**, dichiara di volersi candidare per il seguente avviamento a selezione:

Bando n.	Data	Ente	Qualifica	Durata	Posti
3	21.11.2017	OSPEDALI RIUNITI Azienda Ospedaliero - Universitaria Sede di lavoro: Foggia	Ausiliario sanitario portantino	6 mesi	20

- di possedere i requisiti generali di ammissione all'impiego pubblico e di non trovarsi in alcuna delle ipotesi di esclusione previste dall'art. 3 del D.P.C.M. del 27 dicembre 1988;
- di essere privo di occupazione;
- di non essere iscritto ad altro Centro per l'Impiego diverso da quello indicato;
- di avere a carico n° _____ figlio/i;
- di avere a carico n° _____ figlio/i disabile/i;
- di avere a carico n° _____ altri familiari;
- che il coniuge/convivente è: disoccupato occupato non iscritto
- di essere iscritto nelle liste di MOBILITÀ: L.S.U.
- di allegare Modello I.S.E.E. non allegare Modello I.S.E.E.

Data, _____

Firma _____

LA DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ VA PRESENTATA IN DUPLICE COPIA

dal 11/12/2017 al 15/12/2017 dalle ore 9 alle ore 12 e nei giorni martedì e giovedì anche dalle ore 15.30 alle 17.30

Documenti da allegare:

- **Attestazione ISEE in corso di validità;**
- **Autocertificazione dello Stato di famiglia;**
- **Eventuale documentazione comprovante lo stato di disabilità del/la figlio/a.**

RISERVATO ALL'UFFICIO

Famiglia monoparentale si

Coniuge/convivente: si no disoccupato occupato non iscritto

Dato ISEE € _____:

Data dichiarazione 181/00 _____; MOBILITÀ LSU

Figli non disabili a carico _____;

Figli disabili a carico _____;

Altri familiari a carico _____; L'OPERATORE _____