



## PROVINCIA DI VICENZA

U.C. C.P.I. VALDAGNO – ARZIGNANO - Sede Operativa Centro per l'Impiego di Valdagno  
Via Fermi 11/C 36078 Valdagno – tel. 0445/401483  
PEC: provincia.vicenza@cert.ip-veneto.net

### ALLEGATO N. 3: MODELLO DI RACCOLTA DISPONIBILITA'

**AVVIAMENTO A SELEZIONE RISERVATA AI DISABILI  
REGOLARMENTE ISCRITTI AI SENSI L.68/99 NEGLI ELENCHI DEL COLLOCAMENTO MIRATO  
DEI CENTRI PER L'IMPIEGO DELLA PROVINCIA DI VICENZA  
per la copertura di N. 3 posti di ASSISTENTE AMMINISTRATIVO – Cat. "C"  
A TEMPO INDETERMINATO - ORARIO A TEMPO PIENO  
PRESSO AZIENDA ULSS n.5 "OVEST VICENTINO"**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, CF \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente e/o domiciliato/a a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_

Tel. n. \_\_\_\_\_ cell. n. \_\_\_\_\_

#### CONSAPEVOLE CHE

In caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 DPR 445/00 e in particolare che qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;

#### DICHIARA

- Di manifestare la propria disponibilità all'adesione Avviso Pubblico ULSS 5 del 09 Dicembre 2015, (riservato ai disabili regolarmente iscritti negli elenchi della Provincia di Vicenza entro la data di chiusura del presente avviso) per l'Avviamento a selezione ai fini della copertura di:

**N. 3 posti di ASSISTENTE AMMINISTRATIVO – Cat. "C"  
A TEMPO INDETERMINATO - ORARIO A TEMPO PIENO  
PRESSO AZIENDA ULSS n.5 "OVEST VICENTINO"**

- Di essere regolarmente iscritto negli elenchi L. 68/99 dal \_\_\_\_\_ presso il Centro per l'Impiego di \_\_\_\_\_ e di non avere svolto successivamente a tale data attività lavorativa che abbia comportato la decadenza dallo stato di disoccupazione

- Di essere invalido civile /del lavoro con una percentuale invalidante pari a \_\_\_\_\_ come risulta dall'ultimo verbale rilasciato in data \_\_\_\_\_ dalla Commissione Medica per l'Accertamento della Invalidità dell'Ente \_\_\_\_\_ ed in possesso dell'accertamento della disabilità effettuato in data \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

- Di essere in possesso del titolo di studio di \_\_\_\_\_

- Di accettare tutte le indicazioni contenute nell'Avviso e dà espresso assenso al trattamento dei dati personali, finalizzato alla gestione della procedura concorsuale e adempimenti conseguenti.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma dichiarante \_\_\_\_\_

Firma operatore \_\_\_\_\_