



**REGIONE
LAZIO**

AGENZIA REGIONALE SPAZIO LAVORO
AREA DECENTRATA CENTRI IMPIEGO LAZIO CENTRO
CENTRO IMPIEGO DI TIVOLI

Allegato 4

Ricevuta

Si attesta che il/la Sig./Sig.ra _____

Numero identificativo **DD G** _____ - **CPI TIVOLI** - ____

Ha trasmesso la propria autocandidatura per partecipare alla selezione, mediante avviamento degli iscritti al Centro per l'Impiego di Tivoli, finalizzata all'assunzione di n. 1 unità con il profilo professionale di "operatore tecnico" da adibire alla mansione di autista pat B - a Tempo Indeterminato Full Time, presso ASL ROMA 5 - presidio di Tivoli - Categoria B, fascia retributiva B0 -, ai sensi dell'Art. 16 della legge n. 56/1987.

ACQUISITA AL PROTOCOLLO DELLA REGIONE LAZIO CON N. _____ DEL _____.

PER IL CPI DI TIVOLI _____