

**REGIONE
LAZIO****AGENZIA REGIONALE SPAZIO LAVORO**
GR 47/05 - AREA DECENTRATA 'CENTRI PER L' IMPIEGO LAZIO SUD'
SERVIZIO INSERIMENTO LAVORATIVO DISABILI
AMBITO TERRITORIALE PROVINCIALE DI FROSINONE**SCELTA ENTE/PROFILO PROFESSIONALE - AVVIAMENTO AL LAVORO DELLE PERSONE CON DISABILITÀ, EX ART. 1, COMMA 1 E ART. 7 COMMA 1-BIS DELLA L. 68/99 E SS.MM.II., PRESSO DATORI DI LAVORO PUBBLICI - ANNO 2022 (di cui all'Avviso pubblico approvato con Determinazione Dirigenziale n. G14291 del 20/10/2022) - SILD LAZIO SUD/AMBITO TERRITORIALE PROVINCIA DI FROSINONE.**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

(Prov. di _____) il _____ residente a _____ (Prov.

di _____) in Via/Piazza _____ n. _____ cap. _____

tel. _____ Mail/pec _____

posizionato/a al n. _____ (Codice identificativo n. _____) della graduatoria definitiva provinciale (Ambito territoriale provincia di Frosinone) per l'avviamento al lavoro delle persone con disabilità, ex art. 1, comma 1 e art. 7 comma 1-bis della L. 68/99 e ss. mm. ii., presso DATORI DI LAVORO PUBBLICI - ANNO 2022;

- essendo stato informato/a che la convocazione odierna è finalizzata a scegliere l'Ente/profilo professionale per l'avviamento a selezione tra gli Enti disponibili;
- avendo preso visione dell'elenco dei posti disponibili, aggiornato con le specifiche dei profili professionali/mansioni, così come descritte nelle richieste di avviamento a selezione da parte degli Enti coinvolti nell'avviamento (Allegato F);
- consapevole che l'accettazione di un posto di lavoro, al momento della prima convocazione, comporterà l'esclusione dalle successive, eventuali, occasioni di lavoro che dovessero rendersi disponibili;
- consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e ss. mm. ii. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R.;
- ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e ss. mm. ii. sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di scegliere di essere avviato/a a selezione presso il seguente Ente:

**COMUNE DI ANAGNI – PROFILO PROFESSIONALE: N. 1 APPLICATO CATEGORIA B
POSIZIONE ECONOMICA B1**

**AGENZIA DELLE ENTRATE DIREZIONE REGIONALE DEL LAZIO- UFFICIO
TERRITORIALE DI FROSINONE - PROFILO PROFESSIONALE: N. 3 OPERATORI
SECONDA AREA FUNZIONALE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE FROSINONE - PROFILO PROFESSIONALE:

N. 20 OPERATORI TECNICI MAGAZZINIERI CAT. B

N. 20 COADIUTORI AMMINISTRATIVI CAT. B

**COMUNE DI ESPERIA - PROFILO PROFESSIONALE: N. 1 AUTISTA MACCHINE
COMPLESSE CAT. B3**

- di essere consapevole che, ai sensi della Deliberazione della Giunta Regionale 3 agosto 2017, n. 501 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di collocamento al lavoro delle persone con disabilità" - Sezione III (Criteri e modalità di valutazione per la formazione delle graduatorie), all'atto dell'avviamento la persona con disabilità deve comunque possedere i seguenti requisiti:
 - iscrizione nell'elenco di cui all'articolo 8 L. 68/1999;
 - collocabilità secondo quanto indicato nella Relazione Conclusiva di cui al D.P.C.M. 13.01.2000.

In fede

Frosinone, data _____

firma _____

Si allega documento di identità