

DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE

RISERVATA ALLE PERSONE con DISABILITA' DI CUI ALLA L. 68/99
Iscritti/e a tutti i Centri per l'Impiego della Provincia di Brescia

**PER LA COPERTURA DI NUMERO CINQUE POSTI PER LA QUALIFICA DI
COADIUTORE AMMINISTRATIVO**

Categoria B1

**A TEMPO PIENO INDETERMINATO 36 ORE
presso l'Azienda Sociosanitaria Territoriale
SPEDALI CIVILI DI BRESCIA**

Scadenza dell'Avviso in data 27 aprile 2026

**MODULO DA CONSEGNARE A SPORTELLO NELLA DATA DI APPUNTAMENTO
CHE RICEVERA' ALLA SUA PEC /EMAIL DA PARTE DEL CPI DI APPARTENENZA**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 DPR 445/00)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ (prov. _____) il _____ sesso M F

residente a _____ prov. _____ CAP _____

in via _____ n. _____ telefono _____

Codice fiscale _____

Email _____

PEC _____

**in riferimento all'avviso pubblico promosso ai sensi della legge 68/99 dalla
Provincia di Brescia - Collocamento Mirato, di cui ha preso visione
c h i e d o di essere ammesso/a alla presente selezione**

**consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice penale
e delle norme speciali in materia e consapevole che tutti i requisiti dichiarati dovranno essere posseduti alla data di
presentazione della presente domanda,**

**D I C H I A R O,
AI FINI DELL'AMMISSIONE ALLA SELEZIONE, DI POSSEDERE I SEGUENTI REQUISITI,
PENA LA NON AMMISSIONE ALLA SELEZIONE**

BARRARE TUTTE LE CASELLE CHE INTERESSANO

- ☐ di essere nato/a il _____
specificare _____
- ☐ di essere cittadino/a italiano/a (oppure) _____
- ☐ di essere inserito/a nell'elenco anagrafico del Centro per l'Impiego di _____
- ☐ di essere iscritto alle liste di cui all'art. 8 L. 68/99 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili"
- ☐ di essersi dichiarato/a **DISPONIBILE** al lavoro per gli avviamenti l.68/99, con condizione a1 o dm;
- ☐ di essere in possesso e in corso di validità di un verbale d'invalidità e del verbale per il collocamento mirato
legge 68/99 oppure della certificazione per la condizione di disabilità DLGS 62/2024

INOLTRE DICHIARO:

☐ di ESSERE PRIVO/A DI LAVORO (disoccupato/a)

OPPURE

☐ di AVERE UN'OCCUPAZIONE che consente la CONSERVAZIONE dello stato di disoccupazione, in quanto (SCEGLIERE):

■ il reddito da lavoro AUTONOMO per l'anno in corso è pari o inferiore a 5.500 lordi

■ il reddito da lavoro SUBORDINATO è pari o inferiore a euro 8.500 lordi CALCOLATI SECONDO LA NORMATIVA VIGENTE IN MATERIA e che il rapporto di lavoro in corso è iniziato il _____ con un contratto a tempo indeterminato oppure determinato di numero mesi _____ (cancellare la voce che non interessa); con numero ore settimanali pari a ____ con la ditta/ente _____ di _____

OPPURE

di AVERE UN'OCCUPAZIONE che consente la SOSPENSIONE dello stato di disoccupazione, in quanto il RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO DETERMINATO NON SUPERA I 180 GIORNI (SEI MESI) presso ditta/ente _____ di _____ iniziato il _____ con la ditta/ente _____ di _____

☐ di godere dei diritti politici (ovvero l'iscrizione alle liste elettorali e la possibilità di esercitare il diritto di voto) presso il Comune di _____

☐ di non aver riportato condanne penali che impediscano, ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, la costituzione del rapporto d'impiego con Pubbliche Amministrazioni, salvo sia stata conseguita la riabilitazione alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di ammissione alla procedura selettiva

☐ di non essere stato/a destituito/a o dispensato/a o licenziato/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione per persistente insufficiente rendimento, ovvero non essere stato/a dichiarato/a decaduto/a o licenziato/a per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o con mezzi fraudolenti;

☐ di non essere dipendente dello Stato e di Enti pubblici collocato/a a riposo anche in applicazione di disposizioni di carattere transitorio o speciale;

☐ avere di avere assolto all'obbligo d'istruzione

☐ adeguata conoscenza della lingua italiana

Infine indico:

☐ di necessitare, in relazione al proprio handicap, dei seguenti ausili per lo svolgimento della prova attitudinale (specificare quale)

☐ di necessitare, in relazione al proprio handicap, di tempi aggiuntivi per lo svolgimento della prova attitudinale;

☐ di impegnarsi a comunicare al CPI di competenza/Collocamento mirato ogni variazione che interverrà tra la data di presentazione della presente domanda e la data di scadenza del bando che potrà influire sull'ammissione alla pre-selezione o sul punteggio in graduatoria.

Dichiaro, infine, di voler ricevere tutte le comunicazioni agli indirizzi EMAIL o PEC indicati e di comunicare ogni variazione che dovesse successivamente intervenire.

NOTA BENE:

se il verbale d'invalidità e Legge 68 o la certificazione della condizione di disabilità agli atti del Collocamento mirato/Centro per l'impiego è superato, è necessario portare copia del nuovo verbale d'invalidità e del relativo verbale Legge 68/99 per il collocamento mirato in corso di validità.

(luogo e data)

(firma per esteso del dichiarante)

AI FINI DELLA VALUTAZIONE SECONDO I CRITERI INDIVIDUATI NELL'AVVISO DICHIARO INOLTRE:

☐ di aver svolto le seguenti **ESPERIENZE LAVORATIVE CON MANSIONI SIMILI** a quelle oggetto della selezione svolte nell'ultimo triennio sino alla data di pubblicazione del presente avviso.

1. ditta/ente _____ dal _____ al _____
specificare ruolo svolto e compiti assunti:

monte ore settimanale ____

2. ditta/ente _____ dal _____ al _____
specificare ruolo svolto e compiti assunti:

monte ore settimanale ____

☐ di essere in possesso di un **TITOLO DI STUDIO SUPERIORE** a quelli necessari per l'ammissione al presente avviso

TITOLO DI STUDIO (specificare se qualifica professionale oppure diploma di maturità' oppure Laurea triennale/quinquennale, altri titoli non danno punteggio)

presso l'istituto (DENOMINAZIONE COMPLETA E SEDE) _____

nell'anno _____ Corso di studi/qualifica conseguita: _____

☐ di essere in possesso dell'attestato:

• **PATENTINO EUROPEO ECDL** rilasciato in data _____ dall'ente _____

• **altri CORSI O ATTESTATI ATTINENTI AL PROFILO O COMPETENZE**

tipologia del corso _____

durata in ore/giorni/mesi _____

rilasciato in data _____

dall'ente _____

☐ di avere il seguente carico familiare

Nome cognome familiare	Codice fiscale	Convivente si/no	Legame di parentela

Ogni eventuale altra informazione per il calcolo corretto del punteggio da attribuire potrà essere direttamente richiesta dall' Ente o dalla Commissione che valuterà i candidati/candidate.

(luogo e data)

(firma per esteso del/della dichiarante)

LA PRESENTE DOMANDA VA COMPILATA CON TUTTI I DATI RICHIESTI E CONSEGNATA A SPORTELLO NELLA DATA DI APPUNTAMENTO. DOMANDE INCOMPLETE, ALTERATE O NON LEGGIBILI NON SARANNO AMMESSE.

Il/la candidato/a ammesso/a riceverà a conclusione dell'appuntamento, copia della domanda di adesione, **valida come accoglimento per la selezione**. Ai candidati e candidate non ammessi sarà inviata alla PEC, da cui hanno inviato l'adesione, motivata comunicazione di esclusione dalla selezione. L'ENTE, attraverso apposita Commissione giudicatrice, sottoporrà i candidati /e ammessi a prova attitudinale da svolgersi presso la sede dell'Ente nelle date che verranno preventivamente comunicate ai candidati mediante pubblicazione sul sito dell'ASST Spedali Civili di Brescia – Sezione Lavora con noi, con preavviso di 7 giorni e con valore di notifica a tutti gli effetti di legge. Pertanto, non verranno utilizzati altri canali di comunicazione

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Sono a conoscenza che l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'articolo 13 e seguenti del Regolamento generale sulla protezione dei dati firma elettronica avanzata con soluzione tecnologica grafometrica (Regolamento UE 2016/679) è pubblicata sul portale Lavoro e Centri per l'Impiego e scaricabile alla pagina <https://lavoro.provincia.brescia.it/info-e-contatti/privacy/privacy-servizi-lavoro/>

Graduatoria

Sono stato informato che il protocollo della mia domanda di adesione al presente Avviso, qualora abbia superato le prove, è il codice con cui sono identificato nella graduatoria delle persone idonee pubblicata sul portale <https://lavoro.provincia.brescia.it/bandi-e-avvisi/>

Infine, qualora la mia persona rientri nella graduatoria per l'assunzione, come da programma indicato nell'Avviso, dichiaro di essere consapevole che potrebbe essere convocata dall'INPS per la conferma dello stato invalidante ai sensi dell'art. 32, comma 7, del DPR n. 487 del 1994 e dalla Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 1 del 2019.

Autorizzo la trasmissione dei dati contenuti nella presente domanda all'ente presso il quale il/la sottoscritto/a chiede di essere ammesso/a alla preselezione.

(luogo e data)

(firma per esteso del/della dichiarante)