

ALLEGATO A

Spettabile IPARK s.r.l.  
Via Carlo Mollino, 87  
36100 - VICENZA

(COGNOME) \_\_\_\_\_ (NOME) \_\_\_\_\_

chiede di essere ammesso alla selezione AVVISO SELEZIONE PUBBLICA RISERVATA AI LAVORATORI "DISABILI" DI CUI ALL'ART. 1 DELLA LEGGE N. 68 DEL 12/03/1999 PER ADDETTI ALLA PULIZIA DEI LOCALI E AL RIFACIMENTO LETTI

Ai sensi e per gli effetti previsti dagli art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445,

DICHIARA

a) di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e di risiedere attualmente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_;

b) di essere iscritto nello specifico elenco di cui all'art. 1 legge 12 marzo 1999, n. 68

c) di avere l'idoneità fisica all'impiego;

d) di possedere una discreta conoscenza della lingua italiana;

e) di essere/non essere iscritto nelle liste elettorali \_\_\_\_\_(1);

f) di aver/non aver riportato condanne penali \_\_\_\_\_(2);

g) di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego o dichiarato decaduto dall'impiego presso una pubblica amministrazione o licenziato per dolo o colpa da un gestore di attività analoga a quella di Ipark s.r.l.;

h) di non essere stato collocato a riposo ai sensi della legge 336/70 e successive modifiche e di altre specifiche normative;

i) di aver prestato servizio presso i seguenti Enti pubblici o società private (solo servizi documentabili) (3):

Periodo dal al	Presso	Ore settimanali da contratto	Qualifica	Eventuali Note/ Cause di risoluzione

l) di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, a norma del REG. UE 2016/679 ai fini della gestione della presente procedura concorsuale e degli adempimenti conseguenti;

m) di allegare i documenti come previsto dal bando:

- la presente domanda (allegato A)
- copia del versamento di 5,00 € per contributo spese selezione
- attestazione iscrizione elenco di cui all'art. 1 legge 12 marzo 1999, n. 68
- fotocopia documento di identità in corso di validità
- fotocopia del tesserino del codice fiscale o della tessera sanitaria

Chiede infine che ogni comunicazione relativa al presente concorso venga fatta al seguente indirizzo:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ (C.A.P. \_\_\_\_\_)

Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

- (1) in caso positivo, specificare di quale Comune; in caso negativo indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime.
- (2) In caso affermativo quali.
- (3) Specificare l'Ente o Società presso la quale il servizio è stato prestato, il periodo, il profilo professionale, se il servizio è stato prestato a tempo indeterminato o a tempo definito, a completo orario di servizio o a tempo parziale, i periodi di aspettativa. Specificare le eventuali cause di risoluzione del rapporto di lavoro.