ARPAL PUGLIA
Agenzia Regionale Politiche Attive del Lavoro

AMBITO TERRITORIALE FOGGIA - BAT
COORDINAMENTO DI FOGGIA - COLLOCAMENTO MIRATO DISABILI
Via P. Telesforo, 25 (4° piano) - 71122 - Foggia (FG)
0881 - 706370/706378
E mail: collocamentomirato.foggia@regione.puglia.it
PEC. collocamentomirato.foggia@pec.rupar.puglia.it

# RICHIESTA OFFERTA DI LAVORO

*Preselezione Personale di cui all'art. 18 comma 2, della legge 68/99 (cat. prot.)*

# OFFERTA DI LAVORO nr. 1/2024

**DESCRIZIONE:**

L'Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza operante nel settore Sanitario ricerca n. **4 unità iscritte nelle liste di cui all'art. 18 comma 2, della legge 68/99 (Categoria Protetta)** da inserire con la qualifica di Tecnico Sanitario di Radiologia Medica.

**I candidati dovranno essere in possesso dei seguenti requisiti:**

- Iscrizione all'Albo in "T.S.R.M.-P.S.T.R.P.
- Disponibilità immediata.

**TIPOLOGIA CONTRATTUALE:** Tempo determinato - Full-time

**SEDE DI LAVORO:** San Giovanni Rotondo

**OFFERTA VALIDA** fino al 17 Febbraio 2024

I candidati idonei saranno convocati dalla società richiedente con e-mail per sostenere un colloquio di selezione.

Le candidature prive dei requisiti richiesti e/o pervenute oltre i termini previsti non saranno prese in considerazione.

***N.B: Per poter offrire la propria candidatura è necessario scaricare e compilare il presente modello e inviarlo al seguente indirizzo di posta elettronica: collocamentomirato.foggia@regione.puglia.it***

***Inoltre allegare il proprio curriculum vitae e copia del documento di identità valido.***

ARPAL PUGLIA
Agenzia Regionale Politiche Attive del Lavoro

AMBITO TERRITORIALE FOGGIA - BAT
COORDINAMENTO DI FOGGIA - COLLOCAMENTO MIRATO DISABILI
Via P. Telesforo, 25 (4° piano) - 71122 - Foggia (FG)
0881 - 706370/706378
E mail: collocamentomirato.foggia@regione.puglia.it
PEC. collocamentomirato.foggia@pec.rupar.puglia.it

**Riferimento offerta n° 1/2024**

## Dati Personali

Il/la sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

in via _____

domicilio _____

in via _____

cellulare _____

e-mail _____

- iscritto al Centro per l'Impiego di _____
  *(Se non iscritto nell'Ambito Territoriale di Foggia, allegare il certificato di iscrizione rilasciato dal Collocamento Mirato di propria competenza,* ***ai sensi dell'art.18, comma 2 della legge 68/99 – Categoria Protetta.***

## Istruzione

• Scuola elementare • Licenza media inferiore

• Diploma _____

• Laurea _____

• Attestato di qualifica _____

Il sottoscritto firmatario del presente modulo dichiara di essere consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/00 e successive modificazioni ed integrazioni nel caso in cui le dichiarazioni rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del suddetto D.P.R. risultino false o comunque non veritiere.

*Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. del 30 giugno 2003, n. 196.*

Data _____ Firma _____