

Verbania, 12/02/2016  
Prot. n. 3109

**AVVISO DI SELEZIONE PUBBLICA PER ASSUNZIONI DI DISABILI AI SENSI DELLA LEGGE 68/99 (avviamenti numerici) PRESSO AGENZIA DELLE DOGANE PER LA COPERTURA DI N. 1 POSTO NEL PROFILO PROFESSIONALE DI OPERATORE DOGANALE II AREA-F/1**

**PROFILO PROFESSIONALE:** OPERATORE DOGANALE (seconda area funzionale – fascia retributiva iniziale F1) con mansioni di collaboratore amministrativo/tributario/contabile

**NUMERO UNITA' DA ASSUMERE: 1 (UNO)**

**RAPPORTO DI LAVORO:** tempo pieno e indeterminato

**SEDE DI LAVORO:** Agenzia delle Dogane e dei Monopoli - ufficio sito nella Provincia Del Verbano-Cusio-Ossola

**REQUISITI DI ACCESSO:** sono ammessi a partecipare alla selezione i disabili FISICI, dell'uno e dell'altro sesso, iscritti nell'elenco del collocamento mirato della Provincia del Verbano Cusio Ossola, alla data del 31/12/2015 in possesso della cittadinanza italiana e della scheda per la definizione delle capacità utili per lo svolgimento di attività lavorative (DPCM 13/01/2000)

**MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA:** gli interessati potranno presentare la propria candidatura dal **15/02/2016 al 14/03/2016**, presentandosi di persona, muniti di carta di identità, presso l'Ufficio Collocamento Mirato del Centro per l'Impiego nell'orario di apertura al pubblico e nei seguenti giorni:

CPI di Omegna – dal lunedì al venerdì;  
CPI di Verbania – il lunedì e il giovedì;  
CPI di Domodossola – il lunedì, martedì, giovedì e venerdì.

**REQUISITI:**

- o diploma di scuola secondaria di primo grado (= licenza media inferiore)
- o conoscenza base strumenti informatici di uso comune

**MODALITA' DELLA PROVA:**

- Prova scritta: comprensione di un testo (circolare o norma) con soluzione a risposta multipla;
- Prova pratica: digitazione di un testo utilizzando programma di videoscrittura (Word); utilizzo e gestione della posta elettronica (Outlook);
- Prova teorica: colloquio durante il quale potranno venire posti semplici quesiti, atti ad accertare il livello di cultura generale, nonché le conoscenze generiche in materia fiscale e di competenze dell'Agenzia delle Dogane

**CALENDARIO DELLA PROVA:** saranno invitati alla prova i candidati utilmente collocati in graduatoria, in numero pari ai posti da coprire (DPR 246/97 art. 4, comma 4). Solo in caso di non idoneità saranno invitati alla prova ulteriori candidati, in stretto ordine di graduatoria e fino alla concorrenza dei posti da coprire.

La compatibilità delle capacità lavorative possedute dai candidati, rispetto alla figura professionale richiesta, sarà valutata dal Comitato Tecnico nella prima seduta utile.

**CRITERI PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA:** la graduatoria sarà formata tenendo conto dei seguenti criteri di cui alla Delibera di Giunta Regionale del 7 maggio 2002, n. 56-5967

**PUBBLICAZIONE DELLA GRADUATORIA:** la graduatoria sarà pubblicata entro 30 giorni dalla data di chiusura del presente bando, presso i Centri per l'Impiego di Omegna – Verbania - Domodossola:



La Responsabile del Procedimento  
(Sara Minuzzo)

ALLA PROVINCIA DEL VERBANO CUSIO OSSOLA  
SERVIZIO COLLOCAMENTO MIRATO DISABILI

Il/la

sottoscritto/a.....

Nato/a a .....il .....

C.F.: .....

**DICHIARA**

Di volersi prenotare per la richiesta relativa all'avviamento a selezione riservata ai soggetti disabili di cui alla L. 68/99 presso **AGENZIA DELLE DOGANE** per la qualifica di **Operatore Doganale** (II Area F/1).

All'uopo allega alla presente dichiarazione sostitutiva di certificazione

Data.....

Firma.....

---

Il /la Signor/a.....

Ha presentato in data odierna la domanda di prenotazione per la selezione riservata ai soggetti disabili

**LA GRADUATORIA VERRA' PUBBLICATA PRESSO I CPI DI OMEGNA – VERBANIA E DOMODOSSOLA ENTRO TRENTA GIORNI DALLA SCADENZA DEL BANDO**

**Data.....**

**L'Operatore.....**

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

( Art. 46 – D.P.R 28 dicembre 2000, n. 445)

Il /la Sottoscritto /a .....

Nato/a il.....a.....prov.....

Residente / domiciliato a .....

In via.....N.civico.....

N° telefono..... Cell. ....

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni false e mendaci è punito ai sensi degli art. 495 e 496 del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R n. 445/2000

### DICHIARA

#### Sotto la propria responsabilità:

- di possedere i requisiti per l'accesso al pubblico impiego;
- di essere in possesso dei requisiti richiesti nel bando;
- che, per l'anno in corso, non supererà il reddito lordo di € 4.800,00 derivante da lavoro autonomo
- che, per l'anno in corso, non supererà il reddito lordo di € 8.000,00 derivante da lavoro dipendente o Fiscalmente assimilato (ad esempio: Co.Co.Co., Lavoro a Progetto), con contratto a Tempo Indeterminato e/o Determinato dal .....al.....;
- Che il reddito personale lordo,  **riferito all'anno 2014**  è di € \_\_\_\_\_  
*(Deve essere considerato qualsiasi tipo di reddito lordo, anche immobiliare e mobiliare, con esclusione delle prestazioni a carattere risarcitorio non soggette ad IRPEF percepito in conseguenza della perdita della capacità lavorativa, nonché dell'indennità di accompagnamento. Qualsiasi altra prestazione (assegni, pensione ecc.) va considerata solamente se soggetta ad IRPEF.)*
- di essere iscritto come Disabile negli elenchi del Collocamento Mirato L. 68/99;
- che la natura della propria invalidità è:
- FISICA       SENSORIALE       INTELLETTIVA       PSICHICA
- che la percentuale di invalidità o categoria (invalidi di servizio) è del .....% o .....cat.
- Che le persone a carico del dichiarante sono n°: \_\_\_\_\_  
*(per persone a carico si intendono i familiari rilevati dallo stato di famiglia che non possiedono redditi o hanno un reddito complessivo non superiore a €2.840,51 al lordo degli oneri deducibili, con l'esclusione di redditi non assoggettabili a IRPEF):*

<input type="checkbox"/>	figlio minorenni disoccupato o studente
<input type="checkbox"/>	Coniuge o convivente more uxorio disoccupato
<input type="checkbox"/>	Figlio maggiorenne fino a 26 anni disoccupato o studente
<input type="checkbox"/>	Figlio di qualsiasi età con invalidità oltre il 66%
<input type="checkbox"/>	Fratello o sorella minorenni in mancanza di genitore o disoccupati
<input type="checkbox"/>	Fratello o sorella di qualsiasi età se invalido oltre il 66% in mancanza di genitori o disoccupati
<input type="checkbox"/>	Genitore o ascendente ultrasessantacinquenne a carico o di età inferiore se invalido con percentuale superiore al 66%

\_\_\_\_\_  
(Indicare luogo e data)

\_\_\_\_\_  
Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

*Il trattamento dei dati personali da parte dell'Amministrazione avviene esclusivamente per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali, nel rispetto dei limiti stabiliti dal Dlgs 196/2003.*