



**COMUNE DI REMANZACCO**

**Provincia di Udine**

*P.zza P. Diacono, 16 – 33047 Remanzacco (UD)*

*Tel. 0432 667013 – Fax 0432 668352*

*comrem@comune.remanzacco.ud.it*

*www.comune.remanzacco.ud.it*

**AVVISO PUBBLICO PER L'INDIVIDUAZIONE DI  
LAVORATORI BENEFICIARI DI TRATTAMENTI PREVIDENZIALI  
DA DESTINARE A UN PROGETTO DI LAVORI SOCIALMENTE UTILI AI SENSI  
DELL'ART. 24 DELLA LEGGE REGIONALE 4 GIUGNO 2009, N.11**

**SI RENDE NOTO CHE IL COMUNE DI REMANZACCO HA APPROVATO CON  
DELIBERA GIUNTALE N. 143 DEL 2 SETTEMBRE 2009 LA REALIZZAZIONE DEL  
SEGUENTE PROGETTO :**

**PROGETTO PER IL MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSO AI SERVIZI SOCIALI E PER  
IL SUPPORTO DEL PERSONALE DELL'UFFICIO TECNICO E DI SEGRETERIA**

**DURATA DEL PROGETTO:**

**12 MESI CON DECORRENZA 1 MARZO 2010**

**INTERVENTI PREVISTI:**

- 1. Esecuzione di attività amministrative, complementari e sussidiarie,**
- 2. Creazione di archivi e implementazione delle banche dati esistenti.**

**DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ DA REALIZZARE:**

**Le attività consistono nello svolgimento dei seguenti lavori, con l'utilizzo delle apposite attrezzature:**

- 1- ricezione delle istanze e supporto ai richiedenti nella loro predisposizione;**
- 2- supporto del personale nelle azioni da compiere nella fase istruttoria del procedimento;**
- 3- accoglimento dell'utente per informazioni;**
- 4- raccolta e inserimento dati;**
- 5- creazione di data base;**
- 6- gestione della trasmissione di dati tramite posta elettronica;**
- 7 – archiviazione e riordino pratiche amministrative.**

**FABBISOGNO NUMERICO LAVORATORI, QUALIFICA E/O TITOLO DI STUDIO,  
ORARIO:**

**Per l'attuazione delle attività come da progetto il comune di Remanzacco richiede n° 1  
lavoratore con diploma di scuola media superiore con qualifica di impiegato per 36 ore  
settimanali.**

**REQUISITI RICHIESTI:**

**Diploma di scuola media superiore.  
Capacità di utilizzare un personal computer;  
Buona capacità relazionale e comunicativa;  
Avere già svolto attività impiegatizia.**

#### **SOGGETTI INTERESSATI**

**a) Lavoratori residenti nel Comune di REMANZACCO percettori di trattamenti previdenziali:**

- posti in Cassa Integrazione Guadagni Speciale sospesi a zero ore e titolari del relativo trattamento
- posti in mobilità e titolari del relativo trattamento
- titolari di altro trattamento speciale di disoccupazione.

**b) Lavoratori residenti nell'area territoriale di competenza del Centro per l'impiego di Udine.**

- posti in Cassa Integrazione Guadagni Speciale sospesi a zero ore e titolari del relativo trattamento
- posti in mobilità e titolari del relativo trattamento
- titolari di altro trattamento speciale di disoccupazione.

#### **DATE E ORARI DI PRESENTAZIONE:**

**I lavoratori interessati al progetto e in possesso dei requisiti richiesti, dovranno dare la loro adesione a mezzo raccomandata entro e non oltre le ore 12.00 del 20 FEBBRAIO 2010 o presentando di persona la domanda dal giorno 2 febbraio 2010 al giorno 20 febbraio 2010 presso il comune di Remanzacco – ufficio protocollo dal lunedì al sabato dalle 10.00 alle 12.00 e il lunedì e il mercoledì anche dalle 16.00 alle 18.00.**

**La domanda va compilata esclusivamente sul modulo allegato al presente.**

#### **DOCUMENTAZIONE RICHIESTA:**

**I lavoratori dovranno produrre un'autocertificazione della propria residenza e una dichiarazione del tipo di trattamento previdenziale di cui sono beneficiari e del periodo residuo di trattamento previdenziale (modello disponibile sul sito [www.comune.remanzacco.ud.it](http://www.comune.remanzacco.ud.it))**

**NELLE ASSEGNAZIONI AI LAVORI SOCIALMENTE UTILI SONO PRIORITARI I SEGUENTI CRITERI:**

- 1 - Residenza nel comune sede di svolgimento dei predetti lavori.**
- 2 - Maggior periodo residuo di trattamento previdenziale.**

#### **ULTERIORI INFORMAZIONI:**

**L'ente si riserva di verificare l'idoneità alle mansioni e la compatibilità fra le mansioni da svolgere e le competenze possedute, anche attraverso colloquio e/o prova pratica.**

(mittente)

**Al Sindaco del Comune di Remanzacco  
Piazza P. Diacono, 16  
33047 REMANZACCO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

in qualità di beneficiario del seguente tipo di trattamento previdenziale

- posto in Cassa Integrazione Guadagni Speciale sospeso a zero ore e titolare del relativo trattamento**
- posto in mobilità e titolare del relativo trattamento**
- titolare di altro trattamento speciale di disoccupazione (edile).**

**Dichiara il proprio interesse a partecipare alla realizzazione del PROGETTO DI LAVORO SOCIALMENTE UTILE :**

**MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSO AI SERVIZI SOCIALI E PER IL SUPPORTO DEL PERSONALE DELL'UFFICIO TECNICO E DI SEGRETERIA**

Remanzacco, li \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_

# AUTOCERTIFICAZIONE

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

## DICHIARA

1) di essere beneficiario del seguente tipo di trattamento previdenziale

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> posto in Cassa Integrazione Guadagni Speciale sospeso a zero ore e titolare del relativo trattamento |
| <input type="checkbox"/> posto in mobilità e titolare del relativo trattamento  |
| <input type="checkbox"/> titolare di altro trattamento speciale di disoccupazione (edile).                                    |

2) Che il periodo residuo di trattamento previdenziale è : \_\_\_\_\_

## PROGETTO DI LAVORO SOCIALMENTE UTILE :

|  |
|--|
| <b>Miglioramento dell'accesso ai servizi sociali e per il supporto del personale dell'ufficio tecnico e di segreteria.</b> |
|--|

**FIRMA\*** \_\_\_\_\_

- la firma non deve essere autenticata e la sottoscrizione non deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato

La presente dichiarazione ha validità per n. 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore, ha la stessa validità di essi.

**La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. 445/2000).**

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.

\_\_\_\_\_