

**DOMANDA ASSUNZIONE
OPERAIO BRACCIANTE AGRICOLO
A TEMPO DETERMINATO – ANNO 2021**

(da presentarsi entro e non oltre il 10.01.2021)

Lavoratore dati identificativi:

Nome: _____ Cognome: _____

Nato a: _____ (____) il: ____/____/____ Residente in: _____

_____ (____) VIA : _____

_____ n. _____ C.F.: _____

Recapito telefonico _____ - _____ Mail _____

ai fini della graduatoria di assunzione dichiara:

1. Di essere Utente di uno degli Enti non economici consorziati con questa Azienda
 No Si Ente _____
2. Di essere un Allevatore e di poter conferire per la monticazione estiva capi equini e/o bovini all' A.S.C.d.C. escludendo la partecipazione personale con detti capi a misure del PSR Regione Marche
 No Si Capi di equini _____ bovini _____
3. Di possedere il seguente titolo di studio:
 Licenza Scuola Elementare Licenza Scuola Media
 Diploma triennale Scuola Superiore specializzazione _____
 Diploma quinquennale Scuola Superiore _____
 Laurea in _____
4. Di aver lavorato nell' anno 2020 presso l' A.S.C.d.C. per almeno 51 giornate
 No Si
5. Di possedere almeno una delle seguenti abilitazioni di guida in corso di validità:
 Patente di guida di tipo B
 Patente di guida di tipo C
 Abilitazione alla guida di mezzi meccanici / cingolati

Abilitazione alla guida di mezzi agricoli

6. Di possedere abilitazioni professionali attinenti alle attività di bracciante agricolo ed alle mansioni lavorative proposte nel settore della silvicoltura e dell' allevamento di bestiame: _____

7. Di essere automunito e di garantire la possibilità di raggiungere il luogo di lavoro all' interno del territorio gestito dall' A.S.C.d.C. (Comuni di Frontone, Cagli, Cantiano, Serra Sant' Abbondio e Pergola comprese le aree montane) in piena autonomia:

No Si

8. Di avere esperienza nell' uso di attrezzature agricole, quali trattori, escavatori, motoseghe, carrelli, decespugliatori:

No Si

In particolare: _____

9. Di non essere titolare di una qualsivoglia pensione comprese quelle d' invalidità per infortunio o malattia - oppure:

Titolare pensione _____

10. Di non essere affetto da malattie – anche professionali – e/o patologie che possano incidere sull' esecuzione dei lavori, anche pesanti, che corrispondono alle mansioni del bracciante agricolo - oppure:

Tipologia malattia/patologia _____

In fede _____, ____/____/20____ Firma _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell' art. 13 Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell' art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679) ai fini della ricerca e selezione del personale. Il sottoscrittore della presente è consapevole ai sensi e per gli effetti di cui all' art. 76 del testo unico di cui al D.P.R. 445/2000, delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di falsità in atti e del fatto che ai sensi dell' art. 71 del citato testo unico, questa Azienda si riserva la facoltà di effettuare controlli anche a campione sulle dichiarazioni prodotte, acquisendo la relativa documentazione.

Firma _____