

DIREZIONE REGIONALE LAVORO
Area decentrata 'Centri per l'impiego Lazio Nord'
Centro per l'Impiego di Civitavecchia -Via Lepanto, 13 -Tel.0651682000

AVVISO PUBBLICO AVVIAMENTO A SELEZIONE PRESSO ENTI PUBBLICI
Art.16 L. 56/87
DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Il sottoscritto Nome Cognome
Nato a il
Residente in
Via CAP
Domiciliato in
Via CAP
Codice fiscale Telefono
Cellulare (*) E-mail (*)
Cittadinanza
(* dato obbligatorio)

CHIEDE

di partecipare all'Avviso Pubblico per

- Avviamento a selezione a tempo determinato presso:**
_____ Per N° ____ Posti
- Avviamento a selezione a tempo indeterminato presso:**
_____ Per N° ____ Posti

e che eventuali comunicazioni siano trasmesse all'indirizzo di :

residenza domicilio posta elettronica
suindicato e si impegna a comunicare eventuali successive variazioni.

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

- di essere in possesso dei requisiti generali per l'accesso al pubblico impiego;
- di non essere soggetto ad alcuna delle ipotesi di esclusione all'accesso al pubblico impiego;
- di essere in possesso dei requisiti richiesti dal giorno antecedente alla data di pubblicazione dell'Avviso;
- di essere iscritto nell'elenco anagrafico dei disoccupati/inoccupati presso il Centro per l'Impiego di

Dal

- che il proprio nucleo familiare è così composto, escluso il dichiarante:
- Nome.....Cognome.....Grado di parentela.....data di nascita.....
 - Nome.....Cognome.....Grado di parentela.....data di nascita.....
 - Nome.....Cognome.....Grado di parentela.....data di nascita.....
 - Nome.....Cognome.....Grado di parentela.....data di nascita.....
 - Nome.....Cognome.....Grado di parentela.....data di nascita.....
 - Nome.....Cognome.....Grado di parentela.....data di nascita.....
 - Nome.....Cognome.....Grado di parentela.....data di nascita.....

PARTE DA COMPILARE DA COLORO CHE HANNO CARICHI FAMILIARI

Sono considerate a carico le persone solo se conviventi, come rilevate nello stato di famiglia, e se, al momento della presentazione dell'autocertificazione sono prive di reddito o con reddito annuo lordo non assoggettabile a IRPEF pari a Euro 2840,51.

A) IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI AVERE A CARICO LE SEGUENTI PERSONE

a) **Coniuge** convivente non legalmente ed effettivamente separato o divorziato con status di disoccupato, o **Partner** in unione civile (art.1, comma 2 L.n.76/2016; Circolare INPS n.84/2017) convivente con status di disoccupato, o **Convivente** (art.1, comma 36 L.n.76/2016; Circolare INPS n.84/2017) con status di disoccupato

- Coniuge convivente Partner in unione civile Convivente

Nome Cognome

Codice fiscale

Data di nascita Luogo

iscritto presso il Centro per l'Impiego di _____ dal ____/____/____
percentuale di invalidità _____ riconosciuta da _____ in data _____

occupato a tempo determinato dal ____/____/____ al ____/____/____;

Partita IVA

Con reddito lordo annuo di Euro _____;

Privo di reddito o con reddito lordo non superiore a Euro 2.840,51

Se proveniente da altra Provincia o Città Metropolitana, dichiarazione di immediata disponibilità (DID) resa il _____ presso il Centro per l'Impiego _____

b) **Figli legittimi e quelli ad essi equiparati, non coniugati, di età inferiore ai 18 anni compiuti; Figli e quelli ad essi equiparati, maggiorenni inabili, non coniugati, che si trovino, a causa di infermità fisica o mentale, nella assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi ad un proficuo lavoro (inabili al 100%)**

Nome Cognome

Data di nascita Luogo

percentuale di invalidità

riconosciuta da in data

Privo di reddito o con reddito lordo non superiore a Euro 2.840,51

Nome Cognome

Data di nascita Luogo

percentuale di invalidità

riconosciuta da in data

Privo di reddito o con reddito lordo non superiore a Euro 2.840,51

Nome Cognome

Data di nascita Luogo

percentuale di invalidità

riconosciuta da in data

Privo di reddito o con reddito lordo non superiore a Euro 2.840,51

c) Figli legittimi o ad essi equiparati di età compresa tra i 18 e 21 anni, purché studenti o apprendisti, solo in presenza di un nucleo familiare numeroso, composto cioè da più di 3 (tre) figli o equiparati di età inferiore ai 26 anni

Nome Cognome

Data di nascita Luogo

iscritto presso l'istituto scolastico..... di.....

iscritto presso l'universitàdi.....

Apprendista presso l'azienda..... dal.....indirizzo sede legale

.....

Nome Cognome

Data di nascita Luogo

iscritto presso l'istituto scolastico..... di.....

iscritto presso l'universitàdi.....

Apprendista presso l'azienda.....: dal.....indirizzo sede legale

.....

Nome Cognome

Data di nascita Luogo

iscritto presso l'istituto scolastico..... di.....

iscritto presso l'universitàdi.....

Apprendista presso l'azienda..... dal.....indirizzo sede legale

.....

d) Fratelli, sorelle e nipoti minorenni conviventi (oppure maggiorenni se permanentemente impossibilitati a dedicarsi ad un proficuo lavoro a causa di infermità o difetto fisico o mentale) non coniugati, a condizione che siano orfani di entrambi i genitori e non abbiano conseguito il diritto alla pensione ai superstiti

Nome Cognome

Data di nascita Luogo

percentuale di invalidità

riconosciuta presso in data

Privo di reddito o con reddito lordo non superiore a Euro 2.840,51

Figlio di (*indicare il nome di entrambi i genitori defunti*)

Cognome e nome del padre

Data di nascita

Deceduto il nel comune di

Cognome e nome della madre

Data di nascita

Deceduta il nel comune di

Nome Cognome

Data di nascita Luogo

percentuale di invalidità

riconosciuta presso in data

Privo di reddito o con reddito lordo non superiore a Euro 2.840,51

Figlio di (*indicare il nome di entrambi i genitori defunti*)

Cognome e nome del padre

Data di nascita

Deceduto il nel comune di

Cognome e nome della madre

Data di nascita

Deceduta il nel comune di

PARTE DA COMPILARE SE A CAPO DI UN NUCLEO FAMILIARE MONOPARENTALE

Per nucleo monoparentale si intende la famiglia con un solo genitore (libero/a, vedovo, divorziato o separato). Il genitore deve essere in possesso dello status di disoccupato per usufruire del carico dei figli.

B) IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI ESSERE A CAPO DI UN NUCLEO MONOPARENTALE IN QUANTO:

celibe/nubile/ di stato libero/a vedovo/a divorziato/a

separato/a con sentenza del Tribunale di

N. del

APPARTENENTI A PARTICOLARI CATEGORIE

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA:

- Di essere inserito nelle liste ai sensi dell'art.1014 D.Lgs. 66/2010 (in ferma di leva prolungata e volontari specializzati delle tre Forze Armate);
- Di essere inserito nelle liste regionali di mobilità della Regione _____ dal (gg/mm/aa) ___ / ___ / ___

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA:

che il proprio dato ISEE per l'anno in corso è pari a € _____

Documento di identità in corso di validità:

.....
Permesso di soggiorno (art. 38 D.Lgs. 165/2001 e ss.mm.ii.):
.....

Si allega:

- Copia Modello ISEE

***Luogo e data***

FIRMA DEL DICHIARANTE (leggibile per esteso) _____

Consenso al trattamento dei dati personali

Il/la sottoscritto/a, ai sensi degli artt. n. 7 e n. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR -General Data Protection Regulation), nonché della normativa vigente in materia di privacy, conferisce il consenso al trattamento dei propri dati personali, ivi compresi quelli c.d. sensibili e identificativi, nei termini e con le modalità di seguito indicati.

I dati personali e i dati soggetti a trattamento speciale (dati sensibili) raccolti potranno essere oggetto di comunicazione ai soggetti, interni o esterni alla Regione Lazio, nei confronti dei quali la comunicazione si configura come adempimento di obblighi di legge o contrattuali, nonché trasmessi ai datori di lavoro, pubblici e privati, al fine dell'avviamento al lavoro o dell'attivazione di percorsi di tirocinio.

Titolare del trattamento è la Giunta della Regione Lazio, con sede in Via Rosa Raimondi Garibaldi, n. 7, 00145 Roma. Responsabile del trattamento dei dati personali è il direttore della Direzione Regionale Lavoro.

***Luogo e data***

FIRMA DEL DICHIARANTE (leggibile per esteso) _____

Firma dell'Operatore CPI _____