

Collocamento Mirato

CENTRO PER L'IMPIEGO
DI _____
PRENOTAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il

_____ DICHIARA di volersi prenotare per la richiesta n. 9/2016 Collocamento Mirato relativa all'avviamento a selezione **riservata ai disabili** di cui alla legge n. 68/99 presso il QUADRIFOGLIO SPA- (N.2 posti nella qualifica di "Addetto allo spezzamento raccolta e tutela del territorio")

Dichiaro di possedere i requisiti per l'accesso al pubblico impiego

Dichiaro di essere in possesso dei requisiti richiesti nel bando

Confermo la situazione dei carichi familiari e dei redditi dichiarati

Dichiaro che, per l'anno in corso, non supererò il reddito lordo di € 4.800,00 derivante da lavoro autonomo.

Dichiaro che, per l'anno in corso, non supererò il reddito lordo di € 8.000,00 derivante da lavoro dipendente o fiscalmente assimilato, con contratto a tempo indeterminato e/o determinato dal _____ al _____

Dichiaro che la natura della propria invalidità è:

psichica fisica intellettiva sensoriale

(in caso di invalidità complessa barrare più caselle)

Dichiaro che la percentuale di invalidità o categoria (inv.servizio) è del _____% o _____ categoria.

Il/la sottoscritto/a è consapevole che chi rilascia false dichiarazioni ad un pubblico ufficiale o presenta false documentazioni è punito a termine degli art. 495 e 496 del Codice Penale.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.L.vo n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

Data _____

Firma _____

Il/la lavoratrice _____ nato/a a _____ il

_____ ha presentato in data odierna la domanda di prenotazione per la selezione n.

_____ dell' Ente _____ Qualifica _____

**LA GRADUATORIA VERRA' TRASMESSA ALL'ENTE ENTRO 30 GIORNI DALLA
SCADENZA DEL BANDO.**

Data _____

L'Operatore _____



**CENTRO PER L'IMPIEGO
DI _____
DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ il _____ domiciliato/a a _____ in Via _____
_____ tel. _____ cell. _____ Cod. _____

Fisc. _____ dichiara sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 495 e 496 del Codice Penale quanto segue:

DI ESSERE ISCRITTO COME DISABILE NEGLI ELENCHI DEL COLLOCAMENTO MIRATO L. 68/99 dal _____

DI ESSERE INSERITO NELL'ELENCO ANAGRAFICO DEL CENTRO PER L'IMPIEGO DI _____

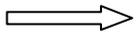
DI ESSERE IN POSSESSO DELLA PATENTE CAT. "B" (sarà escluso chi non apporrà il segno [X] nel quadratino sopra evidenziato)

REDDITO PERSONALE LORDO riferito all'anno precedente la pubblicazione dell'avviso (indicare la cifra) € _____ a qualsiasi titolo imputabile al partecipante alla selezione (deve intendersi la condizione reddituale derivante anche da patrimonio immobiliare e mobiliare del partecipante alla selezione con esclusione del suo nucleo familiare).

In caso di **NESSUN REDDITO**, scrivere "ZERO" nell'apposito spazio pena l'esclusione dalla selezione.

CARICO FAMILIARE (deve intendersi quello rilevato dallo stato di famiglia e relativo a persone conviventi prive di reddito, con esclusione dei redditi non assoggettabili a Irpef).

PERSONE A CARICO:	
	Figlio minorenni convivente e a carico
	Coniuge o convivente more uxorio disoccupato iscritto
	Figlio maggiorenne fino a 26 anni se studente e disoccupato iscritto, oltre che convivente e a carico
	Figlio di qualsiasi età se invalido e permanentemente inabile al lavoro
	Fratello o sorella minorenni convivente e a carico

IN CASO DI PERSONE A CARICO COMPILARE IL MODELLO SUL RETRO 

Data _____

Firma _____



AUTOCERTIFICAZIONE PER FAMILIARI A CARICO

Il/la sottoscritto/a _____ chiede l'attribuzione del punteggio per n. _____ familiari e dichiara la seguente situazione:

- Di essere coniugato/a o convivente:
 - Figlio minorenni convivente e a carico;
 - Coniuge/convivente more uxorio disoccupato iscritto al Centro per l'Impiego;
 - Figlio maggiorenne fino a 26 anni se studente e disoccupato iscritto, oltre che convivente e a carico;
 - Figlio di qualsiasi età se invalido e permanentemente inabile al lavoro;
 - Fratello o sorella minorenni convivente e a carico;

DICHIARO INOLTRE CHE LO STATO DI FAMIGLIA E' COSI' COMPOSTO:

Cognome e Nome	Data di nascita	Grado di parentela

Il/la sottoscritto/a, consapevole che chi rilascia false dichiarazioni ad un Pubblico Ufficiale o che presenta false dichiarazioni, è punito a termine degli articoli 495 e 496 del Codice Penale, dichiara che quanto sopra corrisponde a verità.

Data _____

Firma