

Avviso pubblico: Selezione, mediante avviamento degli iscritti al Centro per l'Impiego di Subiaco, finalizzata all'assunzione di n. 1 unità con il profilo professionale di "Operaio Generico Pluriservizi" – Area degli operatori - a Tempo Indeterminato Part Time 18 ore settimanali, presso il Comune di Arsoli -, ai sensi dell'Art. 16 della legge n. 56/1987.

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 l'avviamento a selezione a tempo determinato e pieno **n. 1 unità con il profilo professionale di "Operaio Generico Pluriservizi" a Tempo Indeterminato Part Time 18 ore settimanali, presso il Comune di Arsoli - Categoria B1 -, ai sensi dell'Art. 16 della legge n. 56/1987.**

e che eventuali comunicazioni siano trasmesse all'indirizzo di:

residenza domicilio posta elettronica

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

A PENA DI ESCLUSIONE

- di essere in possesso dei requisiti generali per l'accesso al pubblico impiego;
- di essere in possesso del diploma di **scuola media secondaria di primo grado**
- di non essere soggetto ad alcuna delle ipotesi di esclusione all'accesso al pubblico impiego;
- di aver acquisito lo stato di disoccupato presso il Centro per l'Impiego di SUBIACO o aver rilasciato la dichiarazione di immediata disponibilità -DID, ai sensi della normativa vigente, (indicando il Centro per l'Impiego di SUBIACO), alla data di pubblicazione del relativo avviso pubblico:

Centro per l'Impiego di dal /.... /....

- essere in possesso della **patente di guida cat. B;**
- essere in possesso del **corso di formazione e addestramento (60 ore) per addetti uso motoseghe, decespugliatori, tagliasiepi, soffiatori per manutenzione del verde.**

DICHIARA

che il proprio **nucleo familiare è così composto**, escluso il dichiarante:

- Nome.....Cognome.....Grado di parentela.....data di nascita.....

PARTE DA COMPILARE DA COLORO CHE HANNO CARICHI FAMILIARI

(alla data di pubblicazione dell'avviso)

Sono considerate a carico le persone **solo se conviventi, come rilevate nello stato di famiglia** (alla data di pubblicazione del relativo avviso pubblico), e se, al momento della presentazione dell'autocertificazione sono prive di reddito o con reddito annuo lordo non assoggettabile a IRPEF non superiore a € 2840,51 (per i figli di età non superiore a 24 anni il limite di reddito complessivo è elevato a € 4.000,00), rientranti esclusivamente nelle fattispecie di seguito indicate:

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 di fatto (art.1, comma 36 L.n.76/2016; Circolare INPS n.84/2017) con status di disoccupato**

Coniuge convivente Partner in unione civile Convivente di fatto

Nome Cognome

Codice fiscale

Data di nascita Luogo

iscritto presso il Centro per l'Impiego di _____ dal ____/____/____

Privo di reddito o con reddito lordo non assoggettabile all'IRPEF non superiore a Euro 2.840,51

- 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%), purché facciano parte di un nucleo familiare monoparentale o che l'altro genitore si trovi nelle condizioni di cui all'avviso:**

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 (per i figli di età non superiore ai 24 anni, il limite di reddito complessivo non assoggettabile all'IRPEF è elevato a € 4.000,00).

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 (per i figli di età non superiore ai 24 anni, il limite di reddito complessivo non assoggettabile all'IRPEF è elevato a € 4.000,00).

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 (per i figli di età non superiore ai 24 anni, il limite di reddito complessivo non assoggettabile all'IRPEF è elevato a € 4.000,00).

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, purché facciano parte di un nucleo familiare monoparentale o che l'altro genitore si trovi nelle condizioni di cui all'avviso:

Nome Cognome

Data di nascita Luogo

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

iscritto presso l'università di.....

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

.....

Nome Cognome

Data di nascita Luogo

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

iscritto presso l'università di.....

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

.....

Nome Cognome

Data di nascita Luogo

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

iscritto presso l'università di.....

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 assoggettabile all'IRPEF 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 assoggettabile all'IRPEF 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 (stato libero, vedovo/a, divorziato/a, separato/a). 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:

stato libero

vedovo/a

separato/a
divorziato/a

con sentenza del Tribunale di

N.

del

SITUAZIONE REDDITUALE

di essere in possesso del dato ISEE in corso di validità
pari a € _____ (indicare anche il valore zero)

di non essere in possesso del dato ISEE in corso di validità

Si conferma che quanto dichiarato nella presente domanda corrisponde a verità

Per le modalità di trattamento dei suoi dati personali, sui suoi diritti e su come può esercitarli, vedere l'allegato 3 dell'avviso, nonché la policy privacy presente sul sito istituzionale della Regione Lazio al seguente link: <https://www.regione.lazio.it/privacy>

Luogo e data

FIRMA DEL DICHIARANTE (leggibile per esteso) _____