



Allegato 2

AVVISO PUBBLICO DI SELEZIONE, AI SENSI DELL'ART. 16 DELLA LEGGE N. 56/1987, MEDIANTE AVVIAMENTO DEGLI ISCRITTI AL CENTRO PER L'IMPIEGO DI MONTEROTONDO (RM), FINALIZZATO ALL'ASSUNZIONE DI N. 1 OPERATORE AGRICOLO E ZOOTECNICO CON CONTRATTO DI LAVORO A TEMPO PIENO E DETERMINATO PER CIRCA 220 GIORNATE ANNUE (FERIALI E FESTIVE), AREA 2 LIVELLO B DEL CCNL OPERAI AGRICOLI E FLOROVIVAISTI, DA IMPIEGARE PRESSO IL CREA - CENTRO DI RICERCA ZOOTECNIA E ACQUACOLTURA - AZIENDA AGRICOLA SPERIMENTALE TOR MANCINA, VIA SALARIA 31, MONTEROTONDO (RM).

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Il/la sottoscritto/a Nome Cognome
Nato/a 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 pieno e determinato, ai sensi dell'art 16 Legge n. 56/1987, per il profilo di

- n. 1 Operatore agricolo e zootecnico con contratto di lavoro a tempo pieno e determinato per circa 220 giornate annue (feriali e festive), area 2 livello B del CCNL operai agricoli e florovivaisti, da impiegare presso il CREA - Centro di ricerca zootecnia e acquacoltura - Azienda agricola sperimentale Tor Mancina, via Salaria 31, Monterotondo (RM)**

che eventuali comunicazioni siano trasmesse all'indirizzo di

- posta elettronica ordinaria (P.E.O.) _____
 posta elettronica certificata (P.E.C.) _____

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 aver acquisito lo stato di **disoccupato/a¹** presso il **Centro per l'Impiego di Monterotondo (RM)** o aver rilasciato la dichiarazione di immediata disponibilità (DID), ai sensi della normativa vigente, indicando il Centro per l'Impiego di Monterotondo (RM), **dal** ____/____/____;

di essere in possesso del **titolo di studio della scuola dell'obbligo** conseguito il ____/____/____, presso l'istituto _____ di _____;

di possedere il titolo di equivalenza al corrispondente titolo di studio conseguito in Italia rilasciato dal Dipartimento della Funzione Pubblica (art. 38, commi 3, 3-bis del D.lgs 165/01);

di possedere il titolo di equipollenza al corrispondente titolo italiano.
(A tal fine si allega copia del relativo documento di equivalenza o di equipollenza);

di possedere comprovata esperienza nella cura dell'igiene e pulizia dei locali di servizio, dei locali tecnici del Centro di Ricerca, impianti tecnologici per la mungitura ed il governo del bestiame nelle stalle; nella pulizia, ordine e conservazione dei depositi di campioni di foraggi e di campioni organici prelevati dagli animali impiegati in prove sperimentali; nella cura dei vitelli bovini e bufalini in svezzamento con latte artificiale o naturale e dell'allevamento sperimentale di piccoli animali (polli e conigli), così come di seguito dettagliato:

- dal _____ al _____ presso _____;
- dal _____ al _____ presso _____;
- dal _____ al _____ presso _____.

DICHIARA inoltre che

alla data di pubblicazione del presente avviso, il proprio nucleo familiare, **corrispondente al proprio STATO DI FAMIGLIA**, è così composto, escluso il dichiarante:

| Nome | Cognome | Codice Fiscale | Data di nascita | Grado di parentela |
|------|---------|----------------|-----------------|--------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

¹ sono in "stato di disoccupazione", i soggetti che rilasciano la DID e che alternativamente soddisfano uno dei seguenti requisiti: 1) non svolgono attività lavorativa sia di tipo subordinato che autonomo; 2) sono lavoratori il cui reddito da lavoro dipendente o autonomo corrisponde a un'imposta lorda pari o inferiore alle detrazioni spettanti ai sensi dell'articolo 13 del testo unico delle imposte sui redditi di cui al D.P.R. n. 917/1986, secondo il combinato disposto delle disposizioni - articolo 4, comma 15-quater del d.l. n. 4/2019, convertito con modificazioni dalla Legge n. 26/2019, articolo 19 del d.lgs. n. 150/2015 e Circolare ANPAL n. 1 del 23/07/2019 e s.m.i..



PARTE DA COMPILARE DA COLORO CHE HANNO CARICHI FAMILIARI

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:

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 assoggettabile all'IRPEF non superiore ad Euro 2.840,51.

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 ad Euro 2.840,51 (per i figli di età non superiore ai 24 anni, il limite di reddito complessivo 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 ad Euro 2.840,51 (per i figli di età non superiore ai 24 anni, il limite di reddito complessivo 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 ad Euro 2.840,51 (per i figli di età non superiore ai 24 anni, il limite di reddito complessivo assoggettabile all'IRPEF è elevato a € 4.000,00).

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 _____



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 da _____ in data _____

privo di reddito o con reddito lordo assoggettabile all'IRPEF non superiore ad 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 da _____ in data _____

privo di reddito o con reddito lordo assoggettabile all'IRPEF non superiore ad 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. sentenza _____ del _____



SITUAZIONE REDDITUALE

che il proprio dato ISEE 2023, in corso di validità, è pari ad € _____.

(importo in lettere _____).

N.B.: A pena di esclusione dalla graduatoria, Il dato ISEE deve essere riportato fedelmente senza nessun arrotondamento e deve esserci coincidenza tra l'indicazione dell'importo in cifre rispetto all'importo in lettere.

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 dell'Agenzia Regionale Spazio Lavoro.

Luogo e data _____



FIRMA DEL DICHIARANTE (*leggibile per esteso*) _____