

DIREZIONE REGIONALE ISTRUZIONE, FORMAZIONE, RICERCA E LAVORO
Area Decentrata Centri Impiego Lazio Nord

AVVISO PUBBLICO DI “SELEZIONE, MEDIANTE AVVIAMENTO DEGLI ISCRITTI AL CENTRO PER L’IMPIEGO DI CIVITA CASTELLANA (VT), FINALIZZATA ALL’ASSUNZIONE DI N. 1 OPERAIO AGRICOLO STAGIONALE, EX SPECIALIZZATO SUPER, CAT. 1A, PRESSO L’ARSIAL - AZIENDA SPERIMENTALE DIMOSTRATIVA DI CAPRAROLA, A TEMPO DETERMINATO, PER N. 110 DI GIORNATE LAVORATIVE, AI SENSI DELL’ART. 16 DELLA LEGGE 56/1987”.

DOMANDA 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 alla selezione di

n. 1 operaio agricolo stagionale ex specializzato Super Cat. 1A, a tempo determinato, per n. 110 giornate lavorative, da svolgersi entro il 15 dicembre 2021 presso l’Arsial - Azienda Sperimentale Dimostrativa di Caprarola, Località San Rocco – Cassia Cimina km. 16;

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 essere **disoccupato**, ai sensi della normativa vigente, **ed iscritto presso il Centro per l’Impiego di Civita Castellana (VT) alla data del** ____/____/____;

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

☐ **comprovata esperienza lavorativa nel settore agricolo della corilicoltura e castanicoltura** (specificare quelle maggiormente significative):

nel periodo dal __/__/____ al __/__/____ presso _____

nel periodo dal __/__/____ al __/__/____ presso _____

nel periodo dal __/__/____ al __/__/____ presso _____

nel periodo dal __/__/____ al __/__/____ presso _____

nel periodo dal __/__/____ al __/__/____ presso _____

nel periodo dal __/__/____ al __/__/____ presso _____

DICHIARA inoltre che,

☐ alla data di pubblicazione del presente avviso, 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.....

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 non superiore a € 2.840,51 (per i figli di età non superiore a 24 anni il limite di reddito complessivo è elevato a € 4.000,00).

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 non 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 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 ad 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 ad 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).



☐ **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 non 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 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** _____

☐ privo di reddito o con reddito lordo non assoggettabile all'IRPEF non superiore ad Euro 2.840,51.

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 2021, in corso di validità, è pari a € _____

☐ *Allega Curriculum Vitae*

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)** _____