

DIREZIONE REGIONALE ISTRUZIONE, FORMAZIONE, RICERCA E LAVORO

AVVISO PUBBLICO DI “SELEZIONE, MEDIANTE AVVIAMENTO DEGLI ISCRITTI AL CENTRO PER L’IMPIEGO DI RIETI, FINALIZZATA ALL’ASSUNZIONE DI N. 1 OPERAIO AGRARIO E FORESTALE SPECIALIZZATO DI SECONDO LIVELLO - 2° QUALIFICA ECONOMICA E 13° PROFILO, A TEMPO DETERMINATO E PIENO PER N. 4 MESI, PRESSO LA SCUOLA DI CITTADUCALE (RIETI) DELL'ARMA DEI CARABINIERI - REPARTO BIODIVERSITA', 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 per il profilo di Operaio agrario e forestale specializzato di secondo livello

presso la SCUOLA DI CITTADUCALE (RIETI) DELL'ARMA DEI CARABINIERI - REPARTO BIODIVERSITA'

e 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 in possesso del **titolo di studio della scuola dell’obbligo** conseguito il ____/____/____, presso l’istituto _____;
☐ di avere comprovata esperienza per le mansioni relative al profilo richiesto;

- ☐ di non essere soggetto ad alcuna delle ipotesi di esclusione all'accesso al pubblico impiego;
- ☐ di essere iscritto nell'elenco anagrafico dei disoccupati, ai sensi della normativa vigente, alla data del/20.. presso il Centro per l'Impiego di

DICHIARA

- ☐ 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 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 a 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

iscritto presso l'universitàdi.....
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 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

che il proprio dato ISEE, in corso di validità, relativo all'anno è pari a € _____

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) _____