

Avviso pubblico: Selezione, mediante avviamento degli iscritti al Centro per l'Impiego di Colleferro, finalizzata all'assunzione di n. 3 unità con il profilo professionale di "operatori tecnici" da adibire alla mansione di autista pat B - a Tempo Indeterminato Full Time, presso ASL RM5 - presidio di Colleferro - Categoria B, fascia retributiva B0 -, 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. 3 unità con il profilo professionale di "operatore tecnico" da adibire alla mansione di autista pat B - a Tempo Indeterminato Full Time, presso ASL RM5 - presidio di Colleferro - Categoria B, fascia retributiva B0 -, ai sensi dell'Art. 16 della legge n. 56/1987.**

e che eventuali comunicazioni siano trasmesse all'indirizzo di:

residenza domicilio posta elettronica PEC

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 della **'licenza scuola dell'obbligo'**
- 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 COLLEFERRO o aver rilasciato la dichiarazione di immediata disponibilità -DID, ai sensi della normativa vigente, (indicando il Centro per l'Impiego di COLLEFERRO), alla data di pubblicazione del relativo avviso pubblico:

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

essere in possesso della **patente di guida cat. B;**

DICHIARA 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

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	<input type="text"/>	Cognome	<input type="text"/>
Codice fiscale	<input type="text"/>		
Data di nascita	<input type="text"/>	Luogo	<input type="text"/>

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	<input type="text"/>	Cognome	<input type="text"/>
Data di nascita	<input type="text"/>	Luogo	<input type="text"/>
percentuale di invalidità	<input type="text"/>		
riconosciuta da	<input type="text"/>	in data	<input type="text"/>

- 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

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 Istruzione, Formazione, Ricerca e Lavoro

Luogo e data



FIRMA DEL DICHIARANTE (leggibile per esteso) _____