

Avviso pubblico di “selezione, mediante avviamento degli iscritti al Centro per l’Impiego di Cisterna di Latina finalizzata all’assunzione di n. 1 Messo Comunale, Cat. B1 – Posizione economica B1, da impiegare presso il Comune di Cisterna di Latina, a tempo pieno (36 ore settimanali) e determinato, della durata di un anno, 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 di “selezione, mediante avviamento degli iscritti al Centro per l’Impiego di Cisterna di Latina finalizzata all’assunzione di n. 1 Messo Comunale, Cat. B1 – Posizione economica B1, da impiegare presso il Comune di Cisterna di Latina, a tempo pieno (36 ore settimanali) e determinato, della durata di un anno, ai sensi dell’Art. 16 della legge n. 56/1987”.

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 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 Cisterna di Latina** o rilasciato la Dichiarazione di Immediata Disponibilità ¹-DID ai sensi della vigente normativa (avendo indicato il Centro per l’Impiego di Cisterna di Latina) alla data di pubblicazione dell’Avviso

DICHIARA

Di possedere i requisiti specifici (che saranno accertati dall’Ente richiedente in sede di selezione) di cui al punto 2 dell’Avviso:

- **qualifica di Messo (Codice 4.1.1.3.0)**
- **patente di guida di tipo B, in corso di validità**

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.....

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, e se, alla

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 – art.4, comma 15-quater del D.L. n. 4/2019 del d. lgs. n. 150/2015 e Circolare ANPAL n.1 del 23/7/2019.

data di pubblicazione dell’Avviso, risultano essere 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:

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).

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’universitàdi.....

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

.....

Nome **Cognome**

Data di nascita **Luogo**

iscritto presso l’istituto scolastico.....di.....

iscritto presso l’universitàdi.....

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 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 (cancellare l’ipotesi che non ricorre)

che il proprio dato ISEE, in corso di validità è pari a € _____ (indicare anche il valore zero)

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

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) _____