

++DIREZIONE REGIONALE ISTRUZIONE, FORMAZIONE, RICERCA E LAVORO

**AVVISO PUBBLICO DI “SELEZIONE, MEDIANTE AVVIAMENTO DEGLI ISCRITTI AL CENTRO PER L’IMPIEGO DI CIVITAVECCHIA, FINALIZZATA ALL’ASSUNZIONE DI N. 1 OPERATORE O.S.S. CAT. B1 (EX 4° QUALIFICA), PRESSO GLI ASILI NIDO COMUNALI DI VIA BARBARANELLI E DI VIA LOMBARDIA, A TEMPO PIENO ED INDETERMINATO AI SENSI DELL’ART. 16 DELLA LEGGE 56/87”.**

**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 pieno ed indeterminato per il profilo di n. 1 operatore O.S.S., cat. B1 (ex 4° qualifica), presso gli Asili Nido comunali di Civitavecchia (Rm), di Via Barbaranelli e di Via Lombardia 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 essere in possesso dell’attestato di qualifica O.S.S. rilasciato dalla Regione, con almeno 1.500 ore di formazione;

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 disoccupato, ai sensi della normativa vigente ed iscritto, 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

**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'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 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)** \_\_\_\_\_