



PROVINCIA  
DI  
FIRENZE

CENTRO PER L'IMPIEGO  
DI \_\_\_\_\_



## PRENOTAZIONE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ DICHIARA di volersi prenotare per la richiesta n. \_\_\_\_\_ / MIRATO  
relativa all'avviamento a selezione **riservata ai disabili** di cui alla legge n. 68/99 presso  
il \_\_\_\_\_ per la qualifica di \_\_\_\_\_

Dichiaro di possedere i requisiti per l'accesso al pubblico impiego

Dichiaro di essere in possesso dei requisiti richiesti nel bando

Conferma la situazione dei carichi familiari e dei redditi dichiarati

Dichiaro che, per l'anno in corso, non supererò il reddito lordo di € 4.800,00 derivante da lavoro autonomo.

Dichiaro che, per l'anno in corso, non supererò il reddito lordo di € 8.000,00 derivante da lavoro dipendente o fiscalmente assimilato (ad esempio co.co.co., lavoro a progetto), con contratto a tempo indeterminato e/o determinato dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Dichiaro che la natura della propria invalidità è:

psichica     fisica     intellettiva     sensoriale

(in caso di invalidità complessa barrare più caselle)

Dichiaro che la percentuale di invalidità o categoria (inv.servizio) è del \_\_\_\_\_% o \_\_\_\_\_ categoria.

Il/la sottoscritto/a è consapevole che chi rilascia false dichiarazioni ad un pubblico ufficiale o presenta false documentazioni è punito a termine degli art. 495 e 496 del Codice Penale.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.L.vo n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il/la lavoratrice \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il

\_\_\_\_\_ ha presentato in data odierna la domanda di prenotazione per la selezione n.

\_\_\_\_\_ dell' Ente \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_

**LA GRADUATORIA VERRA' TRASMESSA ALL'ENTE ENTRO 30 GIORNI DALLA  
SCADENZA DEL BANDO.**

Data \_\_\_\_\_

L'Operatore \_\_\_\_\_



PROVINCIA  
DI  
FIRENZE

CENTRO PER L'IMPIEGO  
DI \_\_\_\_\_



### DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ domiciliato/a a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ Cod. \_\_\_\_\_

Fisc. \_\_\_\_\_ dichiara sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 495 e 496 del Codice Penale quanto segue:

**DI ESSERE ISCRITTO COME DISABILE NEGLI ELENCHI DEL COLLOCAMENTO MIRATO L. 68/99 dal \_\_\_\_\_**

**DI ESSERE INSERITO NELL'ELENCO ANAGRAFICO DEL CENTRO PER L'IMPIEGO DI \_\_\_\_\_**

**REDDITO PERSONALE LORDO riferito all'anno precedente la pubblicazione dell'avviso**

(indicare la cifra) € \_\_\_\_\_ a qualsiasi titolo imputabile al partecipante alla selezione (deve intendersi la condizione reddituale derivante anche da patrimonio immobiliare e mobiliare del partecipante alla selezione con esclusione del suo nucleo familiare).

In caso di NESSUN REDDITO ,scrivere "ZERO" nell'apposito spazio pena l'esclusione dalla selezione.

**CARICO FAMILIARE** (deve intendersi quello rilevato dallo stato di famiglia e relativo a persone conviventi prive di reddito, con esclusione dei redditi non assoggettabili a Irpef).

Famiglia monoparentale	SI	NO
------------------------	----	----

**PERSONE A CARICO:**

	Figlio minorenni disoccupato o studente
	Coniuge o convivente more uxorio disoccupato
	Figlio maggiorenne fino a 26 anni disoccupato o studente
	Figlio di qualsiasi età con invalidità oltre il 66%
	Fratello o sorella minorenni in mancanza di genitore o disoccupati
	Fratello o sorella di qualsiasi età se invalido oltre il 66% in mancanza di genitori o disoccupati
	Genitore o ascendente ultrasessantacinquenne a carico o di età inferiore se invalido con percentuale superiore al 66%

**IN CASO DI PERSONE A CARICO COMPILARE IL MODELLO SUL RETRO** →

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## AUTOCERTIFICAZIONE PER FAMILIARI A CARICO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ chiede l'attribuzione del punteggio per n. \_\_\_\_\_ familiari e dichiara la seguente situazione:

- Di essere celibe/nubile;
- Di essere separato/a o divorziato/a dal \_\_\_\_\_;
- Di essere coniugato/a o convivente:
  - Coniuge/convivente occupato;
  - Coniuge/convivente disoccupato;
- Di essere vedovo/a.

### DICHIARO INOLTRE CHE LO STATO DI FAMIGLIA E' COSI' COMPOSTO:

Cognome e Nome	Data di nascita	Grado di parentela

**Il/la sottoscritto/a, consapevole che chi rilascia false dichiarazioni ad un Pubblico Ufficiale o che presenta false dichiarazioni, è punito a termine degli articoli 495 e 496 del Codice Penale, dichiara che quanto sopra corrisponde a verità.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_