

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
ISCRIZIONE ELENCO PROVINCIALE Centralinisti non vedenti legge 113/85
LEGGE 68/99 "DIRITTO AL LAVORO DELLE PERSONE DISABILI "
(Art. 19 - 46 - 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a _____
 (cognome e nome)

Codice fiscale _____ nato/a a _____

il _____ prov. _____

Numero di telefono _____ cellulare _____

E-MAIL _____

PEC _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi ,
 richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, e che la Provincia provvederà ad eseguire controlli
 ed a segnalare alla Procura della Repubblica le falsità riscontrate;

D I C H I A R A

DATI RELATIVI A RESIDENZA E DOMICILIO

di essere residente aCAP

via n. civico

e, **solo se differente**, domiciliato a CAP.....

via n. civico

AI FINI DELL'ISCRIZIONE ALLA LISTA SPECIALE LEGGE 68/99 DICHIARA QUANTO SEGUE:

DATI PERSONALI AI FINI DELL'INSERIMENTO IN GRADUATORIA PER GLI AVVIAMENTI NUMERICI

(Deliberazione di Giunta della Regione Lombardia n. 1 del 5 gennaio 2001):

1. di avere alla data del 31.12. 20____ le seguenti **persone a carico**, risultanti dallo stato di famiglia e secondo le modalità per la corresponsione dell'assegno familiare (tabella per la formulazione dei criteri ex DPR n. 246/1997):

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> nessun familiare | <input type="checkbox"/> figli minorenni conviventi a carico n. _____ |
| <input type="checkbox"/> figli maggiorenni n. ____ fino al comp. nto del 26 anno di età se studenti e disoccupati che abbiano dichiarato il proprio stato di disoccup. ai sensi del D.Lgs 181/2000 | <input type="checkbox"/> fratelli o sorelle minorenni conviventi e a carico n. _____ |
| <input type="checkbox"/> coniuge convivente e disoccupato che abbia dichiarato il proprio stato di disoccupazione ai sensi del D. Lgs. 181/2000 | <input type="checkbox"/> coniuge, figlio, fratello o sorella se invalidi permanenti inabili al lavoro conviventi e a carico, n. _____ |

2. di avere alla data del **31.12. 20____** la seguente **condizione economica** (si considera qualsiasi tipo di reddito lordo **personale** e non familiare - da lavoro, mobiliare e immobiliare; dal reddito lordo si intendono escluse le prestazioni a carattere risarcitorio percepite in conseguenza della perdita della capacità lavorativa quali assegno, pensione, indennità, **qualora non siano oggetto della dichiarazione dei redditi**):

REDDITO COMPLESSIVO LORDO ANNO 20____

pari a ZERO **oppure** pari a euro _____

**CONDIZIONE DI DISPONIBILITÀ AI SERVIZI DEL COLLOCAMENTO MIRATO
PROMOSSE DAI CENTRI PER L'IMPIEGO**

(scegliere una sola opzione):

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> A1- DISPONIBILE , ovvero che intende usufruire dei servizi per l'impiego ordinari di cui al D.Lgs 297/02 e dei servizi del Collocamento Mirato di cui alla Legge 68/99, erogati dal Centro per l'Impiego di appartenenza |
| <input type="checkbox"/> DM - DISPONIBILE SOLO MIRATO ovvero che intende usufruire esclusivamente dei servizi del Collocamento Mirato erogati dal Centro per l'Impiego di appartenenza |
| <input type="checkbox"/> SM - SOSPESO DAI SERVIZI ovvero che momentaneamente NON intende usufruire di alcun servizio erogato dal Centro per l'Impiego di appartenenza, per ragioni legate alla propria disabilità |
| <input type="checkbox"/> SU - SOSPESO D'UFFICIO , ovvero momentaneamente sospeso dalla fruizione dei servizi, per ragioni d'ufficio (specificare _____) |

DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE I REQUISITI EX Art. 1 legge 68/99 DISABILITA' : NON VEDENTI
leggi 382 del 1970, 508 del 1988, dal decreto legislativo n. 509 del 1988, nonché dalla Legge 138 del 2001.

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> la copia conforme del VERBALE MEDICO-LEGALE rilasciato dall'organo competente |
| <input type="checkbox"/> la copia del VERBALE PER L'ACCERTAMENTO DELLE CAPACITA' PER IL COLLOCAMENTO MIRATO |
| <input type="checkbox"/> la copia del ABILITAZIONE alla qualifica di centralinisti privi della vista rilasciato dalla Direzione Regionale del Lavoro |
| <input type="checkbox"/> DIPLOMA O ATTESTATO DI FREQUENZA al corso di centralinista non vedente rilasciato da ente accreditato |

DICHIARA CHE LA DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE L'INVALIDIT E' GIA' STATA CONSEGNATA AL CENTRO PER L'IMPIEGO - COLLOCAMENTO MIRATO E CHE LA STESSA E' TUTTORA IN CORSO DI VALIDITA'.

Firma per esteso _____

| |
|--|
| PER GLI ISCRITTI AL SOLO ELENCO DEI CENTRALINISTI LEGGE 113/85 IN QUANTO GIÀ ISCRITTI IN ALTRE LISTE PROVINCIALI AI SENSI DELL'ARTICOLO 1 LEGGE 68/99 |
|--|

Dichiaro che l'iscrizione all'elenco della Provincia di Brescia è l'unico altro elenco oltre a quello di residenza della Provincia di

(specificare anche il centro per l'impiego e telefono)

Dichiaro che attualmente sono disoccupato e privo di lavoro come da comunicazione del Centro per l'Impiego a cui sono iscritto per la legge 68/99, che allego.

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Dlgs 196/2003 e del GDPR (General Data Protection Regulation) – Regolamento UE 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

Altre dichiarazioni (specificare):

(luogo e data) _____

(firma per esteso del dichiarante) _____

(firma dell'operatore che acquisisce la dichiarazione) _____

(denominazione e timbro del servizio /Cpi di riferimento)
