

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
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.n.to 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** a 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 PROMOSSI 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 L'INVALIDITÀ

(barrare la tipologia di appartenenza e i documenti allegati alla dichiarazione)

Art. 1 legge 68/99

<input type="checkbox"/> Invalidi civili, non vedenti, sordomuti: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> la copia conforme del VERBALE MEDICO-LEGALE rilasciato dall'organo competente;<input type="checkbox"/> la copia la copia del VERBALE PER L'ACCERTAMENTO DELLE CAPACITÀ PER IL COLLOCAMENTO MIRATO<input type="checkbox"/> se il verbale è datato prima del <u>gennaio 2002</u> (data seduta), la copia della RICEVUTA DELLA DOMANDA DI ACCERTAMENTO PER IL COLLOAMENTO MIRATO'
<input type="checkbox"/> Invalidi del lavoro: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> la copia conforme del VERBALE MEDICO-LEGALE dell'INAIL<input type="checkbox"/> la copia della RELAZIONI CONCLUSIVA (emessa dall'INAIL);<input type="checkbox"/> se il verbale è datato prima del <u>gennaio 2002</u> (data seduta), la copia della RICEVUTA DELLA DOMANDA DI RELAZIONE CONCLUSIVA AI SENSI DELLA LEGGE 68/99, presentata all'Ufficio invalidi dell'INAIL;
<input type="checkbox"/> Invalide di guerra, invalide civili di guerra e invalide per servizio con minorazioni ascritte dalla prima all'ottava <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> decreto del Ministero del Tesoro (ex mod. 69 ter) oppure dichiarazione della Commissione medica dell'ospedale militare

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

Firma per esteso _____

Altre integrazioni/modifiche: _____

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

(luogo e data) _____

(firma per esteso del dichiarante) _____

(firma dell'operatore/trice che acquisisce la dichiarazione) _____

(denominazione e timbro del servizio /Cpi di riferimento)
