

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AD AVVIAMENTI A SELEZIONE ai sensi dell'art.15 L. 36/87:  
 N. 2 posti per DISABILI di Operatore Amministrativo, CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO, presso Ministero  
 dell'Interno - Prefettura di Latina - Ufficio Territoriale del Governo e/o Questura di Latina - Riservato ai soggetti di cui  
 all'art. 1- L.68/99 iscritti negli elenchi di cui all'art. 8 dalla stessa legge - Avviso pubblicato il 05 giugno 2014**

**(SCRIVERE IN STAMPATELLO)**

Prot. n° \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Al Responsabile del Centro per l'Impiego di \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare all'avviamento a selezione a tempo indeterminato per: **N. 2 UNITÀ DI OPERATORE AMMINISTRATIVO, area funzionale seconda - fascia retributiva F1, presso MINISTERO DELL'INTERNO - Prefettura di Latina - Ufficio Territoriale del Governo e/o Questura di Latina - riservato agli iscritti negli elenchi di cui all'art. 8 - Legge 68/99**

**DICHIARA**

Sotto la propria responsabilità, a norma del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, quanto segue:

(consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. n°445/2000, che in ordine a quanto dichiarato l'Ufficio potrà disporre accertamenti e verifiche, e che, in caso di non veridicità del contenuto di quanto dichiarato, decadrà dai benefici conseguenti dal provvedimento eventualmente emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere)

Nome		
Cognome		
Nato/a a		il
Stato civile (se separato/a o divorziato/a indicare gli estremi della sentenza)		
Sentenza n.	Tribunale di	data
<b>DOMICILIO:</b>		
Indirizzo		
Città	C.A.P.	Prov.
Tel.	e-mail	
<b>RESIDENZA (SE DIVERSA DAL DOMICILIO):</b>		
Indirizzo		
Città	C.A.P.	Prov.

- di aver preso visione e compreso i termini dell'avviso pubblico;
- di essere in possesso dei requisiti generali previsti per l'accesso al pubblico impiego ai sensi dell'art. 2 del DPR 487/94 e s.m.i.;
- di essere in possesso del requisito delle qualità morali e di condotta di cui all'art. 35, c.6, D.lgs n. 165/2001 e s.m.i.;
- di essere in possesso del titolo di studio richiesto per poter partecipare al presente avviamento a selezione:  
 \_\_\_\_\_ conseguito nell'anno \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso dei requisiti richiesti dal Bando;
- di essere iscritto presso il Centro per l'Impiego di \_\_\_\_\_;
- di avere situazione economica calcolata con riferimento al dato ISEE relativo al reddito 2013 (previamente richiesto alle strutture abilitate o autocertificabile) pari a € \_\_\_\_\_ (in lettere euro \_\_\_\_\_);  
*Il disoccupato che non dichiara il dato ISEE sarà collocato agli ultimi posti in graduatoria.*
- di essere **ISCRITTO NELLE LISTE SPECIALI**, del Centro per l'Impiego di \_\_\_\_\_, ai sensi dell'art.1 co.1 L.68/99 in qualità di:
  - Invalido civile con un grado di invalidità pari al \_\_\_\_\_ %
  - Invalido del lavoro con un grado di invalidità pari al \_\_\_\_\_ %
  - persona non vedente (ciechi assoluti)
  - persona sordomuta
  - Invalido di guerra con minorazioni ascritte alla \_\_\_\_\_ categoria
  - Invalido civile di guerra con minorazioni ascritte alla \_\_\_\_\_ categoria
  - Invalido per servizio con minorazioni ascritte alla \_\_\_\_\_ categoria

Per quanto riguarda il carico familiare, inteso come quello rilevato dallo stato di famiglia per persone conviventi prive di reddito, con esclusione dei redditi non assoggettabili a IRPEF, dichiara:

( ) di non avere persone a carico;

( ) di avere le seguenti persone a carico conviventi prive di reddito o con reddito non assoggettabile a IRPEF:

<b>CONIUGE convivente o CONVIVENTE 'more uxorio' disoccupato iscritto</b>			
Cognome	Nome	Data di Nascita	Codice Fiscale
<b>FIGLIO/a MINORE a carico (se il coniuge è iscritto)</b>			
Cognome	Nome	Data di Nascita	Codice Fiscale
<b>FIGLIO/A MAGGIORENNE a carico fino al compimento del 26° anno disoccupato iscritto (se il coniuge è iscritto)</b>			
Cognome	Nome	Data di Nascita	Codice Fiscale

**Altri carichi familiari**

<b>FRATELLO o SORELLA minorenni a carico in mancanza dei genitori</b>				
Cognome	Nome	Data di Nascita	Codice Fiscale	
<b>GENITORE ultrassessantacinquenne o ASCENDENTE ultrassessantacinquenne a carico</b>				
Cognome	Nome	Data di Nascita	Codice Fiscale	
<b>FIGLIO/a maggiorenne a carico INVALIDO con percentuale superiore al 66% senza limiti di età</b>				
Cognome	Nome	Data Nascita	Tipo, % inval	Codice Fiscale
<b>FRATELLO o SORELLA maggiorenne a carico INVALIDO con percentuale superiore al 66% senza limiti di età</b>				
Cognome	Nome	Data Nascita	Tipo, % inval	Codice Fiscale
<b>GENITORE o ASCENDENTE di età inferiore ai 65 anni invalido con percentuale sup. al 66%</b>				
Cognome	Nome	Data Nascita	Tipo, % inval	Codice Fiscale

Fornisce i seguenti recapiti ai fini delle comunicazioni da parte del Centro Impiego:

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
 Indirizzo \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a autorizza il Centro ad utilizzare i dati personali per lo svolgimento delle funzioni istituzionali della medesima, secondo quanto disposto dal D.lgs.196/2003.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

FIRMA del DICHIARANTE

**RISERVATO ALL'UFFICIO**

<b>Estremi del documento di riconoscimento</b>	
tipo _____	rilasciato da _____
num _____	data scadenza _____
<b>CODICE</b>	
_____	
FIRMA dell'operatore del C.P.I. _____	