

Allegato A

**AVVISO PUBBLICO RISERVATO ALLE PERSONE DISABILI
LEGGE 68/99 s.m.i. – ANNO 2016**

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Servizio 1 – Dip.to III – Ufficio S.I.L.D.
Città Metropolitana di Roma Capitale
Via R. Scintu 106 – 00173 Roma

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 riservato alle persone disabili di cui all'art. 1 della L. 68/99 s.m.i. e che eventuali comunicazioni siano trasmesse all'indirizzo di residenza o di posta elettronica suindicato e si impegna a comunicare eventuali successive variazioni.

A tal fine, 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

- di essere in possesso dei requisiti generali per l'accesso al pubblico impiego;
- di non essere soggetto ad alcuna delle ipotesi di esclusione all'accesso al pubblico impiego;
- di essere in possesso dei requisiti richiesti alla data della pubblicazione dell'Avviso;
- di essere iscritto nell'elenco di cui all'art. 8 della L. 68/99 s.m.i. presso il Centro per l'Impiego
 dal
- di essere occupato part time con reddito lordo annuo pari a €
- di essere occupato a tempo determinato dal al
con reddito lordo annuo pari a €

di essere occupato contratto a progetto/co.co.co con reddito lordo annuo pari a €

che il reddito presunto da lavoro nell'anno in corso è pari a €

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.....

di avere a carico le seguenti persone:

a) Coniuge convivente non legalmente ed effettivamente separato o divorziato:

Nome Cognome

Data di nascita Luogo

Coniuge convivente Cod.Fiscale

iscritto presso il Centro per l'Impiego di dal

percentuale di invalidità

riconosciuta da in data

Occupato part time con reddito lordo annuo di €

Occupato tempo determinato dal al
con reddito lordo annuo pari ad €

Privo di reddito o con reddito lordo non superiore a € 2.840,51

b) Figli - legittimi o ad essi equiparati - non coniugati, di età inferiore ai 18 anni compiuti oppure maggiorenni inabili al lavoro (100% non rivedibile e non collocabile - ossia che si trovino, a causa di infermità fisica o mentale, nella assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi ad un proficuo lavoro):

Nome Cognome

Data di nascita Luogo

percentuale di invalidità

riconosciuta da in data

Privo di reddito o con reddito lordo non superiore a € 2.840,51;

Nome Cognome

Data di nascita Luogo

percentuale di invalidità

riconosciuta da in data

Privo di reddito o con reddito lordo non superiore a € 2.840,51;

Nome Cognome
Data di nascita Luogo
percentuale di invalidità
riconosciuta da in data

Privo di reddito o con reddito lordo non superiore a € 2.840,51;

c) Figli legittimi o ad essi equiparati di età compresa tra i 18 e i 21 anni, studenti o apprendisti, (computabili tra i familiari a carico solo in presenza di un nucleo familiare numeroso, composto cioè da più di 3 (tre) figli o equiparati di età inferiore ai 26 anni):

Nome **Cognome**
Data di nascita **Luogo**

Iscritto presso l'Istituto scolastico di
 presso l'Università di

oppure

Apprendista dal..... presso l'azienda..... con sede legale in (*indirizzo*)

Nome **Cognome**
Data di nascita **Luogo**

Iscritto presso l'Istituto scolastico di
 presso l'Università di

oppure

Apprendista dal..... presso l'azienda..... con sede legale in (*indirizzo*)

Nome **Cognome**
Data di nascita **Luogo**

Iscritto presso l'Istituto scolastico di
 presso l'Università di

oppure

Apprendista dal..... presso l'azienda..... con sede legale in (*indirizzo*)

a) 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, orfani di entrambi i genitori e che non hanno 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 superiore a € 2.840,51;

Figlio di (indicare il nome di entrambi i genitori defunti):

Cognome e nome del padre
nato il (gg/mm/aaaa)
deceduto il nel comune di

Cognome e nome della madre
nata il (gg/mm/aaaa)
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 superiore a € 2.840,51;

Figlio di (indicare il nome di entrambi i genitori defunti):

Cognome e nome del padre
nato il (gg/mm/aaaa)
deceduto il nel comune di

Cognome e nome della madre
nata il (gg/mm/aaaa)
deceduta il nel comune di

e) di essere a capo di un nucleo monoparentale in quanto (da compilare solo se a capo di un nucleo familiare monoparentale)

celibe/nubile/ di stato libero/a vedovo/a divorziato/a
separato/a con sentenza del Tribunale di
N° del

f) di essere invalido al 100% con indennità di accompagnamento:

- NO
- SI

Se SI allegare verbale che attesta l'indennità di accompagnamento

g) di aver percepito un reddito complessivo ai fini IRPEF a qualsiasi titolo (comprensivo del patrimonio immobiliare e mobiliare personale) nell'anno 2015 pari a Euro (indicare anche se pari a zero (0) Euro)

Il reddito è rilevabile da:

- MODELLO 730-3 2016 – RIGO 11
- MODELLO UNICO
- CERTIFICAZIONE UNICA 2016 – DATI FISCALI - RIGO 1

Allegati a pena di esclusione:

1. Copia fotostatica del seguente documento di identità in corso di validità:
.....
2. **Copia della relazione conclusiva ai sensi della Legge 68/99 s.m.i. e ai sensi dell'art. 6, comma 1, del DPCM 13/01/2000** rilasciata dalle Commissioni di accertamento di cui all'art. 4 della L. 104/92 e s.m.i. o, **se non ancora in possesso, copia dell'istanza per via telematica all'I.N.P.S. territorialmente competente** (messaggio INPS 3989 del 16/02/2011);
3. **Copia del verbale di invalidità;**
4. **Copia del verbale di invalidità relativo agli eventuali carichi familiari.**

Dichiaro inoltre di essere consapevole che tutte le comunicazioni relative alla presente procedura verranno pubblicate esclusivamente sui portali www.cittametropolitanaroma.gov.it e www.romalabor.cittametropolitanaroma.gov.it

Informativa ai sensi dell'art. 13 D.L.196/2003 s.m.i.

Il rilascio dei dati dichiarati è previsto dalla normativa vigente, ai fini del procedimento per il quale sono richiesti.

Tali dati verranno utilizzati esclusivamente per tale procedimento e trattati secondo le disposizioni vigenti in materia di privacy.

Il sottoscritto autorizza la Città Metropolitana di Roma Capitale e per essa il titolare, il responsabile e gli incaricati del trattamento dei dati personali e sensibili, in conformità a quanto previsto dal D. L.vo. n. 196/03, al trattamento e alla conservazione dei propri dati personali e dei dati comunque acquisiti nell'ambito del procedimento amministrativo di cui all'Avviso pubblico.

Luogo e data _____

FIRMA DEL DICHIARANTE (leggibile e per esteso) _____

Firma dell'Operatore CPI _____