



AMBITO TERRITORIALE DI BARLETTA ANDRIA TRANI
Ufficio Collocamento Mirato
Piazza San Pio X, n. 9 - Andria

Allegato n. 2

Domanda di partecipazione alla procedura riservata ai soggetti disabili iscritti nell'Elenco di cui all'art. 8, comma 2, legge 68/99, per la copertura a tempo indeterminato di n. 1 unità disabile con il profilo professionale di "Ausiliario", area funzionale prima, fascia retributiva F1 presso il Ministero dell'Interno – Prefettura di Barletta Andria Trani.

__l__ sottoscritt__ _____, nato/a _____ il _____ codice fiscale _____ residente/domiciliato in _____ via _____ Tel _____, si dichiara disponibile a partecipare alla selezione riservata ai soggetti disabili di cui all'art. 8, comma 2, legge 68/99, per la copertura a tempo indeterminato di n. 1 unità disabile con il profilo professionale di "Ausiliario", area funzionale prima, fascia retributiva F1 presso il Ministero dell'Interno – Prefettura di Barletta Andria Trani.

A tal fine, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice penale e delle norme speciali in materia, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, dichiara:

- di essere nato/a a _____ il _____;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio:
- licenza di scuola media inferiore conseguita presso l'Istituto scolastico _____ di _____ nell'A.S. _____;
- di essere iscritto nell'Elenco del collocamento mirato di cui all'art. 8, comma 2, L. 68/99 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" dell'Arpal Puglia - Ambito territoriale di Barletta-Andria-Trani a far data dal _____ in qualità di 1 :
 - invalido civile con percentuale pari a%
 - invalido del lavoro con percentuale pari a%
 - invalido per servizio rientrante nella seguente categoria
- di essere attualmente nelle condizioni previste nel punto 1 (requisiti generali per la partecipazione) lett. b) dell'Avviso pubblico, ovvero: (indicare una sola voce tra quelle sottoelencate)
 - di aver presentato al Centro per l'impiego/Sportello/Policentro di _____ la dichiarazione di immediata disponibilità (DID) allo svolgimento di un'attività lavorativa ai sensi del D.Lgs. 150/2015 e di essere disoccupato dalla data _____;

¹ Se il dato relativo alla percentuale d'invalidità è diverso da quello a suo tempo comunicato al CPI/Collocamento mirato è necessario allegare copia del nuovo verbale di invalidità.

- di essere occupato/a con un rapporto di lavoro che consente la CONSERVAZIONE dello stato di disoccupazione, in quanto (scegliere una delle seguenti voci sottoelencate):
 - ▣ il reddito da lavoro autonomo per l'anno in corso è pari o inferiore a 4.800 lordi;
 - ▣ il reddito da lavoro subordinato per l'anno in corso è pari o inferiore a euro 8.000,00 lordi e che il rapporto di lavoro in corso è iniziato il _____ con un contratto a tempo indeterminato oppure determinato di numero mesi _____ (cancellare la voce che non interessa) con un impegno orario settimanale pari a ____ con la ditta/ente _____ di _____;

Ai fini della determinazione della graduatoria dichiara altresì

- di avere n. _____ persone a carico come risultante dalla dichiarazione² – Allegato n.3;
- di avere un reddito lordo personale complessivo per l'anno 2018 di € _____;

Il sottoscritto, consapevole che chi rilascia false dichiarazioni ad un Pubblico Ufficiale o presenta falsa documentazione è punito ai sensi degli artt. 495 e 496 del Codice Penale, dichiara, sotto la propria responsabilità, che quanto sopra dichiarato corrisponde a verità e si impegna a comunicare tempestivamente le variazioni che interverranno.

(luogo e data)

(firma del dichiarante)

Si autorizza l'Arpal Puglia – Ambito territoriale di Barletta Andria Trani, ai sensi del d.lgs. 196/2003 e ss.mm.ii., al trattamento dei propri dati personali per tutti gli atti necessari all'espletamento della selezione e per l'aggiornamento della propria posizione nell' Elenco del Collocamento mirato.

(luogo e data)

(firma del dichiarante)

Spazio riservato all'Ufficio che riceve la domanda

Cod. identificativo privacy _____
Data iscrizione/reiscrizione nell'Elenco L. 68/99 _____
Percentuale invalidità _____
Reddito personale complessivo lordo per l'anno 2018 pari ad € _____
N. persone a carico dichiarate _____
L'Operatore che riceve la domanda _____

² In caso di indicazione di persone a carico è obbligatorio allegare anche il modello "All. 3_dichiarazione sostitutiva di certificazione del CARICO FAMILIARE".