

Allegato A

**AVVISO PUBBLICO RISERVATO AI CENTRALINISTI NON VEDENTI LEGGE 113/85
S.M.I. – ANNO 2018**

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
Titolo di studio

***dato obbligatorio**

CHIEDE

di partecipare all'Avviso Pubblico riservato alle persone iscritte nell'elenco di cui alla legge 113/85 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

che alla data di pubblicazione dell'Avviso (12/04/2018)

- è in possesso dei requisiti generali per l'accesso al pubblico impiego;
 non è soggetto ad alcuna delle ipotesi di esclusione all'accesso al pubblico impiego;
 è in possesso dei requisiti richiesti alla data della pubblicazione dell'Avviso;
 è iscritto nell'elenco di cui all'art. 8 della L. 68/99 s.m.i. presso il CPI di

dal

è iscritto nell'elenco anagrafico dei disoccupati/inoccupati presso il CPI di
[] dal []

è iscritto nell'elenco dei Centralinisti non Vedenti tenuto dalla Città Metropolitana di Roma Capitale dal

è occupato a tempo determinato dal [] al []
Con reddito lordo pari a euro

è occupato part time con reddito lordo annuo pari a euro []

è in possesso del seguente titolo di studio.....
conseguito in datapresso.....

- il proprio nucleo familiare, rilevabile dalla stato di famiglia, 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.....

A) Ha 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) Il partner in unione civile così come specificato dall'art. 1 comma 2 della 76/2016:

Nome Cognome
Data di nascita Luogo
Partner 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

c) Il convivente di fatto, così come specificato dall'art. 1 comma 36 della legge 76/216:

Nome Cognome
Data di nascita Luogo
Convivente di fatto 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

d) Figli (compresi i figli naturali riconosciuti, gli adottivi, gli affidati o gli affiliati) indipendentemente dall'età e dal fatto che siano o meno dediti agli studi:

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;

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;

B) 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

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

- NO
- SI

Se SI allegare verbale che attesta l'indennità di accompagnamento

D) di aver percepito un reddito complessivo ai fini IRPEF a qualsiasi titolo (comprensivo del patrimonio immobiliare e mobiliare personale) nell'anno 2016 pari a Euro (indicare anche se pari a zero (0) Euro)

Il reddito è rilevabile da:

- MODELLO 730-3 2017 – RIGO 11
- MODELLO UNICO PF (*ex UNICO*)
- CERTIFICAZIONE UNICA 2017 – DATI FISCALI - RIGO 1

Allegati a pena di esclusione:

1. Copia fotostatica del seguente documento di identità in corso di validità:

.....

2. Copia del permesso di soggiorno (*qualora necessario*);
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 _____