

Allegato A

AVVISO PUBBLICO RISERVATO ALLE PERSONE DISABILI, DI CUI ALL'ART. 1 LEGGE 68/99 S.M.I. IN POSSESSO DI ATTESTATO DI QUALIFICA PROFESSIONALE DI "OPERATORE SOCIO SANITARIO" – 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
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 Legge 68/99 s.m.i. in possesso di attestato di qualifica professionale di "Operatore Socio Sanitario".
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 (22/05/2018)

- 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 dall'Avviso alla data della pubblicazione dell'Avviso;
- di essere iscritto nell'elenco di cui all'art. 8 della Legge 68/99 s.m.i. presso il Centro per l'Impiego di dal
- di essere iscritto nell'elenco anagrafico dei disoccupati/inoccupati presso il Centro per l'Impiego di dal
- di essere occupato part time con reddito lordo pari a €
- di essere occupato a tempo determinato dal al

con reddito lordo annuo pari a €

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

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

di essere in possesso del seguente titolo di studio
conseguito in data..... presso

N.B. Il candidato in possesso di un titolo di studio estero, in caso di avviamento, dovrà produrre dichiarazione di equivalenza del titolo ovvero il riconoscimento ai sensi della legislazione vigente¹ presso l'Ente/Datore di lavoro.

di essere in possesso di attestato di qualifica professionale di "Operatore Socio Sanitario" riconosciuto dal competente Ente regionale

Conseguito in data Presso l'Istituto

di accreditato presso la Regione

Che il proprio nucleo familiare, rilevabile dallo 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.....

di avere a carico le seguenti persone:

a) Coniuge convivente non legalmente ed effettivamente separato/Partner in unione civile/Convivente di fatto, inoccupato iscritto nell'elenco anagrafico delle persone inoccupate/disoccupate

N.B.: Si precisa che il nucleo familiare si rileva dallo stato di famiglia

Nome Cognome

Data di nascita Luogo

Grado di parentela

iscritto presso il Centro per l'Impiego di dal

percentuale di invalidità

riconosciuta da in data

¹ I possessori di un titolo di studio estero di qualsiasi livello (scuola secondaria o istruzione superiore), fermi restando i requisiti soggettivi previsti dalle norme vigenti in materia di accesso al pubblico impiego, possono partecipare a concorsi per posti di lavoro presso le amministrazioni pubbliche italiane tramite una procedura di riconoscimento attuata ai sensi dell'art. 38 del Decreto Legislativo 165/2001, come modificato dall'art. 8 del decreto-legge 9 febbraio 2012, n. 5. La procedura e i documenti da presentare sono indicati all'art. 2 del DPR 189/2009.

- 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 privi di reddito (compresi quelli 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;

Per i figli dichiarati a carico indicare i dati anagrafici dell'altro genitore

Nome Cognome
Data di nascita Luogo
Codice Fiscale
Nome Cognome

Data di nascita Luogo

Codice Fiscale

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE DI ESSERE A CAPO DI UN NUCLEO MONOPARENTALE IN QUANTO (da compilare se unico genitore presente nello stato di famiglia):

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 sì allegare verbale che attesta l'indennità di accompagnamento

Il Sottoscritto dichiara inoltre 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, di **aver percepito un reddito complessivo ai fini IRPEF a qualsiasi titolo (comprensivo del patrimonio immobiliare e mobiliare personale) nell'anno 2016 pari a €.....**

TALE REDDITO È CONTENUTO:

- MODELLO 730-3 2017 (rigo 11);
 MODELLO UNICO;
 CUD 2017 (relativo ai redditi 2016);

La mancanza di autocertificazione attestante il reddito percepito (anche se pari a zero) nell'anno 2016 sarà motivo di esclusione.

Allegati a pena di esclusione:

1. Copia fotostatica del seguente documento di identità in corso di validità:
.....
2. Copia del verbale di invalidità;
3. Copia del permesso di soggiorno (*qualora necessario*);
4. Copia del verbale di invalidità relativo agli eventuali carichi familiari;
5. **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)

IL SOTTOSCRITTO chiede che eventuali comunicazioni siano trasmesse all'indirizzo sotto indicato e si impegna a comunicare eventuali successive variazioni

Nome	<input type="text"/>	Cognome	<input type="text"/>
Via/Piazza	<input type="text"/>		
Città	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>
Telefono	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>		

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 _____