

AVVISO PUBBLICO
per l'avviamento a lavoro a tempo pieno ed indeterminate, art.16 L.56/87, di n. 4 unità con
profilo di "Operaio qualificato Categoria B1 del CCNL regioni ed Autonomie Locali
c/o Comune di Terracina

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

AI CENTRO PER L'IMPIEGO di
FONDI

Il/Lasottoscritto/a* _____
Cognome e Nome

CODICE FISCALE* _____ cittadinanza* _____

nato/ail* _____ a* _____

Residenza:indirizzo* _____

comune* _____ CAP _____

_____ Domicilio (solo se
diverso dallaresidenza)

indirizzo _____

comune _____ CAP _____

recapito/itefonico/i* _____

E-mail* _____

(*) **Dati obbligatori**

CHIEDE

di partecipare all'Avviso Pubblico per l'assunzione a tempo indeterminato e pieno di n. 4 unità con i seguenti profili professionali:

Avviamento a selezione a tempo indeterminato per n. 1 posto qualifica "Operaio qualificato muratore" categoria giuridica B1;

Avviamento a selezione a tempo indeterminato per n. 1 posto qualifica "Operaio qualificato idraulico" categoria giuridica B1;

Avviamento a selezione a tempo indeterminato per n. 1 posto qualifica "Operaio qualificato elettricista" categoria giuridica B1;

Avviamento a selezione a tempo indeterminato per n. 1 posto qualifica "Operaio qualificato imbianchino" categoria giuridica B1;

Il sottoscritto chiede inoltre che eventuali comunicazioni, relative al contenuto nella presente domanda, siano trasmesse all'indirizzo di _____ posta elettronica suindicato e si impegna _____ a comunicare eventuali successive variazioni.

Il sottoscritto, 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 ed dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA

- di essere in possesso dei requisiti generali per l'accesso al pubblico impiego compreso il requisito delle qualità morali e di condotta di cui all'art. 35, comma 6, del D.lgs165/2001;
- di non essere soggetto ad alcuna delle ipotesi di esclusione all'accesso al pubblicoimpiego;
- di essere in possesso dei requisiti richiesti dall'Avviso alla data della pubblicazione del bando;
- di essere iscritto nell'elenco anagrafico dei disoccupati/inoccupatipresso ilCentro per l'ImpiegoFondi.
- Di essere in possesso della patente di tipo B osuperiore;
- di aver assolto all'obbligo scolastico e di essere in possessodi:

Titolo di studio _____ conseguito il _____

Presso l'Istituto _____ città _____

- che il proprio nucleo familiare è così composto (escluso il dichiarante):

	COGNOME E NOME	DATA NASCITA	GRADO DI PARENTELA
1			
2			
3			
4			
5			
6			

PARTE DA COMPILARE DA COLORO CHE HANNO CARICHI FAMILIARI

Sono considerate a carico le persone solo se conviventi, come rilevate nello stato di famiglia, e se, al momento della presentazione dell'autocertificazione sono prive di reddito o con reddito annuo lordo non assoggettabile a IRPEF pari a Euro 2840,51.

Il carico familiare per i figli spetta nel caso in cui anche il coniuge, con status di disoccupato, sia privo di reddito o con reddito annuo lordo non assoggettabile a IRPEF pari a Euro 2840,51, o nel caso di nucleo familiare monoparentale. Per nucleo monoparentale si intende la famiglia con un solo genitore (libero/a, vedovo, divorziato o separato).

Coniuge convivente non legalmente ed effettivamente separato o divorziato

Partner in unione civile così come specificato dall'art.1 comma 2 della legge 76/2016

Convivente di fatto

Nome Cognome

Data di nascita Luogo

Privo di reddito o con reddito lordo annuo non superiore a € 2840,51

Se disabile: percentuale di invalidità _____

Riconosciuta da _____ in data: _____

Allegato A

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

Nome Cognome

Data di nascita Luogo

percentuale di invalidità

riconosciuta da in data

Nome Cognome

Data di nascita Luogo

percentuale di invalidità

riconosciuta da in data

Nome Cognome

Data di nascita Luogo

percentuale di invalidità

riconosciuta da in data

- b) **Figli legittimi o ad essi equiparati di età compresa tra i 18 e 21 anni, purché studenti con status di disoccupato o apprendisti, 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 _____

iscritto presso l'università _____ di _____

Apprendista presso l'azienda _____ dal _____

indirizzo sede legale _____

Nome Cognome

Data di nascita Luogo

iscritto presso l'istituto scolastico _____ di _____

iscritto presso l'università _____ di _____

Apprendista presso l'azienda _____ dal _____

indirizzo sede legale _____

Allegato A

Nome Cognome

Data di nascita Luogo

iscritto presso l'istituto scolastico _____ di _____

iscritto presso l'università _____ di _____

Apprendista presso l'azienda _____ dal _____

indirizzo sede legale _____

c) 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, a condizione che siano orfani di entrambi i genitori e non abbiano conseguito il diritto alla pensione ai superstiti

Nome Cognome

Data di nascita Luogo

percentuale di invalidità

riconosciuta presso in data

Nome Cognome

Data di nascita Luogo

percentuale di invalidità

Riconosciuta presso in data

d) genitori o ascendenti ultrassessantacinquenni a carico ovvero anche di età inferior se invalidi con percentuale superior al 66%

Nome Cognome

Data di nascita Luogo

percentuale di invalidità

riconosciuta presso in data

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

IL SOTTOSCRITTO:

allega alla presente, la propria dichiarazione ISEE relativa all'anno 2016 pari a € _____

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere consapevole che tutte le comunicazioni relative alla presente procedura di avviamento verranno pubblicate esclusivamente presso l'Albo Pretorio della Provincia di Latina e del Centro per l'Impiego di Fondi.

Allegati (a pena di esclusione):

1. copia fotostatica del documento di identità in corso di validità;
2. dichiarazione ISEE relativa all'anno 2016;
3. informativa/autorizzazione sul trattamento dei dati personali (Allegato B);
4. copia del verbale di invalidità dei familiari disabili a carico.

Luogo e data _____

FIRMA DEL DICHIARANTE _____

Leggibile per esteso