



**ARPAL PUGLIA**  
 Agenzia Regionale Politiche Attive del Lavoro

AMBITO TERRITORIALE DI BRINDISI  
Ufficio Collocamento Mirato Disabili  
Via Tor Pisana, 114 – BRINDISI

**Allegato C**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione del CARICO FAMILIARE**

**(artt. 19 – 46 – 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

I sottoscritt \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
 residente/domiciliato in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
 Tel/cell \_\_\_\_\_, mail o pec \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni false o mendaci richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 Dicembre 2000, e che l'Arpal Puglia – Ambito Territoriale di Brindisi, provvederà ad eseguire i controlli di cui all'art. 71 ed a segnalare alle autorità competenti le eventuali falsità rilevate;

**DICHIARA DI AVERE LE SEGUENTI PERSONE A CARICO:**

*(rilevate dallo stato di famiglia, conviventi e fiscalmente a proprio carico, ossia con un reddito imponibile IRPEF per l'anno **in corso** non superiore al minimo previsto dalle norme vigenti, pari ad € 2.840,51)*

|                                                                                                                                                                         |    |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| Coniuge convivente e disoccupato immediatamente disponibile al lavoro ai sensi del D.Lgs. n. 150/2015 e s.m.i. iscritto/a presso il Centro Impiego di:                  | SI | NO |
| Coniuge occupato dal _____                                                                                                                                              | SI | NO |
| Figlio minorenni convivente a carico                                                                                                                                    | N. |    |
| Figlio maggiorenne <b>fino al compimento del 26° anno di età se studente e disoccupato</b> immediatamente disponibile al lavoro ai sensi del D.Lgs. n. 150/2015 e s.m.i | N. |    |
| Fratello o sorella minorenni convivente e a carico                                                                                                                      | N. |    |
| Coniuge, figlio, fratello o sorella se permanenti inabili al lavoro, conviventi e a carico                                                                              | N. |    |

*Elencare i nominativi, il grado di parentela e le date di nascita del coniuge e delle persone a carico  
 (Dato obbligatorio ai fini del riconoscimento del punteggio)*

| Nome e cognome | Data di nascita | Barrare la voce corrispondente |                 |                    |                 |
|----------------|-----------------|--------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------|
|                |                 | • Coniuge                      | Occupato<br>[ ] | Disoccupato<br>[ ] |                 |
|                |                 | • Figlio<br>• Fratello/sorella | Occupato<br>[ ] | Disoccupato<br>[ ] | Studente<br>[ ] |
|                |                 | • Figlio<br>• Fratello/sorella | Occupato<br>[ ] | Disoccupato<br>[ ] | Studente<br>[ ] |
|                |                 | • Figlio<br>• Fratello/sorella | Occupato<br>[ ] | Disoccupato<br>[ ] | Studente<br>[ ] |

\_\_\_\_\_ Data

\_\_\_\_\_ Firma del dichiarante