

Allegato C – Modello di domanda. Avviso pubblico di avviamento numerico riservato ai disabili (art. 1 L. n. 68/99) per l'assunzione di n. 1 unità lavorativa, a tempo indeterminato e part time (20 ore settimanali), con profilo di Operatore (ex Cat. A1), da assegnare all'Area Tecnica del Comune di Salve (Le).



AMBITO TERRITORIALE DI LECCE
UFFICIO COLLOCAMENTO MIRATO

Viale A. Moro, - 73100 Lecce (Le)

TEL 0832373935 - 0832373532

MAIL collocamentomirato.lecce@regione.puglia.it

PEC collocamentomirato.lecce@pec.rupar.puglia.it

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 Lecce, 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 fino al compimento del 26° anno di età se studente e disoccupato 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
		<input type="checkbox"/> Coniuge
		<input type="checkbox"/> Figlio <input type="checkbox"/> Fratello/sorella
		<input type="checkbox"/> Figlio <input type="checkbox"/> Fratello/sorella
		<input type="checkbox"/> Figlio <input type="checkbox"/> Fratello/sorella

Data

Firma del dichiarante