

Allegato n. 2 - D.D. n. 521 del 11/11/2022 Domanda candidatura Avviso avviamento numerico, ex art. 7 L. 68/99, presso la Provincia di Taranto

Domanda di partecipazione alla procedura di avviamento numerico, ex art. 7 L. 68/99, per n. 2 unità lavorative, a tempo pieno ed indeterminato, con il profilo professionale di "Esecutore amministrativo", Cat. B del CCNL Funzioni Locali; n. 3 unità lavorativa, a tempo pieno e indeterminato con il profilo professionale di "Addetto ai servizi di uscierto", Cat. A del CCNL Funzioni Locali, presso la Provincia di Taranto

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____ codice fiscale: _____
residente/domiciliato in _____, alla
Via _____ - Tel. _____,
Mail o PEC: _____,

si dichiara disponibile a partecipare alla selezione riservata alle persone disabili iscritte negli Elenchi dell'Ambito di Taranto ex art. 1 e 8 L. 68/99 per avviamento numerico di:

n. 2 unità lavorative a tempo pieno e indeterminato con il profilo professionale di "Esecutore amministrativo" - cat. B del CCNL Funzioni Locali, presso la Provincia di Taranto

n. 3 unità lavorative, a tempo pieno e indeterminato con il profilo professionale di "Addetto ai servizi di uscierto" - Cat. A del CCNL Funzioni Locali, presso la Provincia di Taranto.

A tal fine, consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, è punito ai sensi del codice penale e delle norme speciali in materia, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, dichiara:

- di aver assolto all'obbligo scolastico ovvero di aver conseguito il diploma di istruzione secondaria di primo grado;
- di essere in possesso dei requisiti generali richiamati all'articolo 1 dell'Avviso pubblico e di non trovarsi in alcuna delle ipotesi di esclusione di cui all'art. 3 comma 5 del D.P.C.M. 27/12/1988;
- di essere regolarmente iscritto negli Elenchi di cui all'art. 8 della legge 68/99 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" dell'ambito provinciale di Taranto a far data dal ___/___/___ in qualità di:
 - invalido civile con percentuale pari a%
 - invalido del lavoro con percentuale pari a%
 - invalido per servizio rientrante nella seguente categoria

Ai fini dell'iscrizione e/o suo mantenimento negli Elenchi di cui all'art. 8 L. 68/99 – che presuppone il possesso e/o mantenimento dello stato di disoccupazione di cui all'art. 19, comma 1 D.Lgs. 150/2015, come integrato e coordinato dall'art. 4, comma 15-quater della L. 26/2019 – dichiara:

di essere privo/a di qualsiasi impiego e disoccupato/a ai sensi dell'art. 19, comma 1, D. Lgs. 150/2015;

ovvero

di essere occupato/a con un rapporto di lavoro che consente il mantenimento dello stato di disoccupazione ai sensi del combinato disposto 19, comma 1 D.Lgs. 150/2015 e art. 4, comma 15-quater della L. 26/2019 (scegliere una delle seguenti voci) poiché:

- il reddito lordo da lavoro autonomo per l'anno in corso è pari o inferiore ad Euro 5.500,00;
- il reddito lordo da lavoro subordinato (ed equiparati) per l'anno in corso è pari o inferiore ad Euro 8.174,00.

Ai fini della determinazione della graduatoria dichiara altresì:

- **Stato Civile**

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Celibe/nubile | <input type="checkbox"/> Separato/a |
| <input type="checkbox"/> Coniugato/a | <input type="checkbox"/> Divorziato/a |
| <input type="checkbox"/> Convivente "more uxorio" | <input type="checkbox"/> Vedovo/a |

- **Di avere le seguenti persone a carico:**

(dichiarare solo i familiari che risultano conviventi e a carico)

| | | |
|--|----|----|
| Coniuge convivente e disoccupato immediatamente disponibile al lavoro ai sensi del D.Lgs. n. 150/2015 e ss.mm.ii. iscritto/a presso il Centro Impiego di _____ | 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 ss.mm.ii iscritto/a presso il Centro Impiego di _____ | 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:

| Cognome e Nome | 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 |
| | | <input type="checkbox"/> Figlio <input type="checkbox"/> Fratello/sorella |
| | | <input type="checkbox"/> Figlio <input type="checkbox"/> Fratello/sorella |

- di avere un reddito personale lordo complessivo (*) nell'anno 2021 di € _____;

Il/la sottoscritto/a, consapevole che la mancata presentazione della documentazione di cui al paragrafo 3) dell'Avviso Pubblico "Documentazione Necessaria" comporterà l'inammissibilità della presente candidatura e, quindi, l'esclusione dall'avviamento a selezione, allega alla presente:

- ✓ copia del verbale, in corso di validità, di accertamento della condizione che dà titolo all'iscrizione ai sensi della L.68/99;
- ✓ copia del verbale, in corso di validità, di accertamento delle capacità lavorative ai sensi della L. 68/99 (possesso della diagnosi funzionale accompagnata dalla relazione conclusiva contenente la scheda relativa alle residue capacità lavorative. Tale accertamento dovrà avere - a pena di esclusione - una data coincidente o successiva a quello di accertamento dell'invalidità. Saranno ritenuti ammissibili gli accertamenti relativi alle residue capacità lavorative recanti una data anteriore a quello relativa all'invalidità qualora quest'ultimo si riferisca ad una revisione che abbia confermato in toto (patologie e percentuale) il primo riconoscimento di invalidità;
- ✓ copia di un valido documento di identità;
- ✓ copia del verbale di invalidità di eventuali familiari a carico;
- ✓ copia del permesso di soggiorno (ove necessario).

* Ai sensi di quanto previsto dalla lett. b) della tabella allegata al DPR 9 maggio 1997, n. 487, come modificato dal DPR 246/1997, per reddito personale lordo complessivo si intende il reddito derivante dal patrimonio mobiliare e immobiliare dell'iscritto, con esclusione del suo nucleo familiare, ossia qualsiasi tipologia di reddito, compresi i redditi percepiti per lo svolgimento di attività lavorativa subordinata o autonoma, nonché i redditi patrimoniali percepiti da altre fonti (immobili, etc.), con esclusione dei redditi eventualmente percepiti a titolo di assegni o pensioni di invalidità civile, di indennità di accompagnamento, di rendita INAIL percepita per invalidi del lavoro, TFR, e prestazioni di Reddito di Cittadinanza (RdC).

AMBITO TERRITORIALE DI TARANTO
Ufficio Collocamento mirato disabili
Via Tirrenia, 4 - TARANTO

Il/la sottoscritto/a, consapevole che chi rilascia false dichiarazioni ad un Pubblico Ufficiale o presenta falsa documentazione è punito ai sensi degli artt. 495 e 496 del Codice Penale, dichiara, sotto la propria responsabilità, che quanto sopra dichiarato corrisponde a verità e si impegna a comunicare tempestivamente le variazioni che interverranno.

(luogo e data)

(firma del dichiarante)

Si autorizza l'Arpal Puglia – Ambito territoriale di Taranto, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. e del Regolamento UE 2016/679, al trattamento dei propri dati personali per tutti gli atti necessari all'espletamento della selezione e per l'aggiornamento della propria posizione nell'elenco del Collocamento Mirato Disabili di cui all'art. 8 della L. 68/99.

(luogo e data)

(firma del dichiarante)

N.B. La modulistica sopra indicata e la presente Domanda di partecipazione dovranno essere trasmessi in un unico file in formato PDF secondo le modalità di cui al punto 2) dell'Avviso Pubblico.

Spazio riservato all'Ufficio che riceve la candidatura

Numero di protocollo di acquisizione della candidatura: _____

Data iscrizione/re-iscrizione nell'Elenco speciale di cui all'art. 8 della L. 68/99 _____

Percentuale invalidità: _____

Reddito personale complessivo lordo per l'anno **2021** pari ad € _____

Numero persone a carico dichiarate: _____

Punteggio totale _____

L'Operatore addetto all'istruttoria: _____