

Avviso "T.V.B. – Bonus Occupazionali"
POR FSE 2014/2020 – ASSE I Occupazione – Azione 8.1.5 - Azione 8.5.1.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
LAVORATORI SVANTAGGIATI, MOLTO SVANTAGGIATI E DISABILI
 (D.P.R. 28.12.2000 n°445, art.47)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
 residente nel Comune di _____, via/piazza _____, n° _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000, ferma restando, ai sensi dell'art. 75 del DPR 445/2000, nel caso di dichiarazione non veritiera, la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti e sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

1) di essere **lavoratore "svantaggiato"** (art. 2, punto 4 Reg. 651/2014) in quanto, al momento dell'assunzione, si trova in una delle seguenti condizioni:

- (a) non avere un impiego regolarmente retribuito da almeno sei mesi;
- (b) avere un età compresa tra i 15 e i 24 anni;
- (c) non possedere un diploma di scuola media superiore o professionale (livello ISCED 3) o aver completato la formazione a tempo pieno da non più di due anni e non aver ancora ottenuto il primo impiego regolarmente retribuito;
- (d) aver superato i 50 anni di età;
- (e) essere un adulto che vive solo con una o più persone a carico;
- (f) essere occupato in professioni o settori caratterizzati da un tasso di disparità uomo-donna che supera almeno del 25% la disparità media uomo-donna in tutti i settori economici dello Stato membro interessato se il lavoratore interessato appartiene al genere sotto rappresentato;

2) di essere **lavoratore "molto svantaggiato"** (art. 2, punto 99 Reg. 651/2014) in quanto, appartiene a una delle seguenti categorie:

- (a) lavoratore privo da almeno 24 mesi di impiego regolarmente retribuito;
- (b) lavoratore privo da almeno 12 mesi di impiego regolarmente retribuito che appartiene a una delle categorie di cui alle lettere da b) a g) della definizione di lavoratore svantaggiato.

3) di essere **lavoratore disabile** (art. 2, punto 3 Reg. 651/2014) in quanto:

- in possesso dei requisiti di cui all'art.3, comma 1, della Legge 5 febbraio 1992 n.104, attestati dall'INPS.
 Allega il documento dell'INPS che certifica il grado di disabilità.

Dichiara, altresì, di aver preso visione dell'Informativa in materia di trattamento dei dati personali di cui all'Allegato "Informativa destinatari" e di accettarne integralmente i contenuti; dichiara inoltre di fornire il proprio consenso anche per il trattamento dei dati personali che rientrino nelle "categorie particolari" di cui all'art. 9 del Reg. (UE) 2016/679.

Allega la fotocopia di un proprio documento di identità personale in corso di validità.

Luogo e data, _____

IL/LA DICHIARANTE

