



Al Centro dei Servizi per il lavoro  
di \_\_\_\_\_

**AVVIAMENTO A SELEZIONE RISERVATO ALLE PERSONE INSERITE NELL'ELENCO PROVINCIALE AI SENSI DELLA L. N.68/1999, ART. 18.**

\_\_\_\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_  
nat\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_  
*(compilare se domicilio differente dalla residenza)*  
domiciliat\_ in \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_  
titolo di studio \_\_\_\_\_  
qualifica professionale \_\_\_\_\_

**DICHIARA CHE CON LA PRESENTE  
INTENDE ADERIRE ALLA SEGUENTE DOMANDA DI LAVORO:**

n.1 posto per il profilo professionale di Operatore tecnico, necroforo ctg B, presso Azienda Asl n.6 Sanluri, Presidio Ospedaliero N.S. di Bonaria di San Gavino Monreale.

**AI FINI DELL'ATTRIBUZIONE DEL PUNTEGGI NELLA GRADUATORIA DICHIARA:**

- Di essere disoccupato, così come previsto dal D.Lgs 181/2000 e s.m.i. dal: \_\_\_\_\_;
- Di essere iscritto nell'elenco della L. n.68/1999, art.18 dal: \_\_\_\_\_;
- Reddito personale (anno 2013) \_\_\_\_\_;1
- Di avere i seguenti familiari a carico; 2
  - Il coniuge convivente a carico, disoccupato iscritto al CSL, che ha dichiarato il proprio stato di disoccupazione ai sensi del D.lgs 181/2000 e s.m.i.:
    - SI
    - NO
  - n.\_\_\_\_figli minorenni conviventi e a carico;3  
N.\_\_\_\_figli maggiorenni conviventi a carico fino compimento del ventiseiesimo anno d'età (se studenti e disoccupati iscritti al CSL);
  - n.\_\_\_\_figli (senza limite d'età) se invalidi, permanentemente inabili al lavoro;
  - n.\_\_\_\_fratelli e/o sorelle minorenni conviventi a carico.

*Assessorato alle Politiche e Servizi per il Lavoro*

*avviamento a selezione riservato alle persone inserite nell'elenco provinciale ai sensi della L. n.68/1999, art. 18.*

TIPO DOCUMENTO: *Modulistica*

VER.: *n. 1 del 24.07.2015*

APPROVATO CON: -

AREA: *Lavoro*

DIRIGENTE: *Dr. Mariano Cabua*

SETTORE: *Lavoro*

RESPONSABILE *Dott.ssa Lorena Cordeddu*

SERVIZIO: *provinciale inserimento mirato disabili*

SEDE: *via Carlo Felice, 267 - 09025 Sanluri (VS)*

TEL.: *0709356200*

FAX.: *0709356299*

REDATTO DA: *Annalisa Serpi*

C.F. *92121560921*

P.I.: *02981030923*

E-MAIL *disabili@provincia.mediocampidano.it*

Che il proprio nucleo familiare è così composto:

Cognome	Nome	Rapporto di parentela	Reddito lordo annuo	Disoccupato SI/NO	Studente istituto/università

La presente dichiarazione sostitutiva di certificazione viene rilasciata dal sottoscritto consapevole delle penalità previste in caso di false dichiarazioni, ai sensi degli artt. 47 e 76 del D.P.R. 445/2000.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma del Dichiarante

\_\_\_\_\_

1. si intende la condizione reddituale dal patrimoniale immobiliare e mobiliare dell'iscritto, con esclusione del nucleo familiare. Si prende in considerazione il reddito complessivo ai fini dell'Irpef risultante dall'ultimo anno di imposta per il quale sono scaduti i termini di presentazione delle dichiarazioni. Sono escluse le prestazioni a carattere risarcitorio percepite in conseguenza della perdita della capacità lavorativa.
2. Sono considerati a carico i familiari con un proprio reddito non superiore ad euro 2840.51.
3. Sono equiparati ai figli minorenni i nipoti in linea retta o collaterale minorenni affidati con sentenza del Tribunale.