



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AGENZIA SARDA PRO SU TRABALLU
AGENZIA SARDA PER LE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO
ASPAL

SERVIZIO POLITICHE A FAVORE DI SOGGETTI A RISCHIO DI ESCLUSIONE
CENTRO PER L'IMPIEGO DI _____

Oggetto: Dichiarazione di disponibilità preliminare ad avviamento a selezione per reclutamento ex L. 68/99.

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a il _____ a _____
domiciliato/a in _____ indirizzo _____
residente in _____ indirizzo _____
recapito telefonico _____ E-mail _____

DICHIARA LA PROPRIA DISPONIBILITA'

preliminare alla selezione per l'assunzione di n. **1 unità lavorativa**, con contratto a tempo pieno e indeterminato, profilo professionale di **"IMPIEGATO D'ORDINE III livello (COADIUTORE AMMINISTRATIVO)"** CCNL per gli addetti ai lavori di sistemazione idraulico forestale /agraria e Contratto integrativo regionale di lavoro, indetta dall'Agenzia Forestas per gli uffici ubicati nella città di Cagliari- **riservata alle categorie di disabili di cui all'art. 1 della legge 12 marzo 1999, n. 68**, iscritti negli elenchi del collocamento mirato.

DICHIARA

ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 citato:

- ☐ **di essere in possesso** dei requisiti generali di ammissione al pubblico impiego;
- ☐ **di essere iscritto/a** ex art.1 della legge 68/99 presso il CPI di _____ dal _____
- ☐ **di possedere** una percentuale di invalidità pari al _____ %
- ☐ **di essere in possesso** del verbale di accertamento della capacità globale ai fini del collocamento mirato di cui al D.P.C.M. 13.01.2000 (diagnosi funzionale e relazione conclusiva), chi non è ancora in possesso, ma ha già presentato istanza per il rilascio agli organi preposti, può partecipare allegando la ricevuta della richiesta, tuttavia l'avviamento del lavoratore resta condizionato al possesso della relazione conclusiva.
- ☐ **di essere in possesso** del seguente titolo di studio _____
- ☐ **di non essere occupato** al momento della chiamata
- ☐ **di essere occupato dal** _____, presso _____ con reddito presunto per l'anno in corso di _____ euro lordi;
- ☐ **che la situazione economico patrimoniale** relativa all'anno **2015** corrisponde al reddito annuo; lordo complessivo ai fini IRPEF di €. _____;

N.B. si intende la condizione reddituale derivante dal patrimonio immobiliare e mobiliare dell'iscritto, con esclusione del nucleo familiare

- ☐ di avere a carico i seguenti familiari:
 - **per carico familiare** si intende quello rilevato dallo stato di famiglia, già posseduto alla data di apertura della chiamata e determinato secondo le modalità previste da DPR 487/1994 e ss.mm.ii;
 - i familiari possono essere considerati **a carico** solo se dispongono di un reddito proprio (anno 2015) non superiore a euro 2840,51;
- ☐ Il coniuge a carico, disoccupato iscritto al CPI (che abbia dichiarato il proprio stato di disoccupazione ai sensi del Dlg. 150/2015 e successive modificazioni);
- ☐ N. _____ figli minorenni conviventi e a carico; (se il coniuge risulta disoccupato e iscritto al CPI)
 N.B. sono equiparati ai figli minorenni i nipoti in linea retta o collaterale di età inferiore ai 18 anni affidati con sentenza del Tribunale
- ☐ N. _____ figli maggiorenni fino al compimento del ventiseiesimo anno di età se studenti e disoccupati iscritti al CPI, oltre che conviventi e a carico, ovvero n. _____ senza limiti di età se invalidi permanentemente inabili al lavoro;
- ☐ N. _____ fratelli o sorelle minorenni conviventi e a carico

- che il proprio stato di famiglia risulta così composto:

Cognome e Nome	data di nascita	grado di parentela	Reddito lordo anno 2015	disoccupato SI / NO	a carico SI / NO	studente presso

Il sottoscritto _____ autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs. N 196/03 e ss.mm.ii esclusivamente al fine della corretta e completa istruttoria: Titolare del trattamento è il Direttore del Servizio politiche a favore di soggetti a rischio di esclusione dell'ASPAL Dott. Marcello Cadeddu.

Data _____/_____/_____

FIRMA del dichiarante
