

ALLA PROVINCIA DEL VERBANO CUSIO OSSOLA
SERVIZIO COLLOCAMENTO MIRATO DISABILI

Il/la

sottoscritto/a.....

Nato/a ail

C.F.:

DICHIARA

Di volersi prenotare per la richiesta relativa all'avviamento a selezione riservata ai soggetti disabili di cui alla L. 68/99 presso **AGENZIA DELLE DOGANE** per la qualifica di **Operatore Doganale** (II Area F/1).

All'uopo allega alla presente dichiarazione sostitutiva di certificazione

Data.....

Firma.....

Il /la Signor/a.....

Ha presentato in data odierna la domanda di prenotazione per la selezione riservata ai soggetti disabili presso il Consiglio Nazionale delle Ricerche

**LA GRADUATORIA VERRA' TRASMESSA ALL'ENTE ENTRO TRENTA GIORNI DALLA
SCADENZA DEL BANDO**

Data.....

L'Operatore.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 – D.P.R 28 dicembre 2000, n. 445)

Il /la Sottoscritto /a

Nato/a il.....a.....prov.....

Residente / domiciliato a

In via.....N.civico.....

N° telefono..... Cell.....

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni false e mendaci è punito ai sensi degli art. 495 e 496 del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R n. 445/2000

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità:

- di possedere i requisiti per l'accesso al pubblico impiego;
- di essere in possesso dei requisiti richiesti nel bando;
- di essere in possesso della patente di guida cat.B
- che, per l'anno in corso, non supererà il reddito lordo di € 4.800,00 derivante da lavoro autonomo
- che, per l'anno in corso, non supererà il reddito lordo di € 8.000,00 derivante da lavoro dipendente o Fiscalmente assimilato (ad esempio: Co.Co.Co., Lavoro a Progetto), con contratto a Tempo Indeterminato e/o Determinato dalal.....;
- Che il reddito personale lordo, **riferito all'anno 2009** è di € _____
(Deve essere considerato qualsiasi tipo di reddito lordo, anche immobiliare e mobiliare, con esclusione delle prestazioni a carattere risarcitorio non soggette ad IRPEF percepito in conseguenza della perdita della capacità lavorativa, nonché dell'indennità di accompagnamento. Qualsiasi altra prestazione (assegni, pensione ecc.) va considerata solamente se soggetta ad IRPEF.)
- di essere iscritto come Disabile negli elenchi del Collocamento Mirato L. 68/99;
- che la natura della propria invalidità è:
 FISICA SENSORIALE INTELLETTIVA PSICHICA
- che la percentuale di invalidità o categoria (invalidi di servizio) è del% ocat.
- Che le persone a carico del dichiarante sono n°: _____
(per persone a carico si intendono i familiari rilevati dallo stato di famiglia che non possiedono redditi o hanno un reddito complessivo non superiore a €2.840,51 al lordo degli oneri deducibili, con l'esclusione di redditi non assoggettabili a IRPEF):

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | figlio minorenni disoccupato o studente |
| <input type="checkbox"/> | Coniuge o convivente more uxorio disoccupato |
| <input type="checkbox"/> | Figlio maggiorenne fino a 26 anni disoccupato o studente |
| <input type="checkbox"/> | Figlio di qualsiasi età con invalidità oltre il 66% |
| <input type="checkbox"/> | Fratello o sorella minorenni in mancanza di genitore o disoccupati |
| <input type="checkbox"/> | Fratello o sorella di qualsiasi età se invalido oltre il 66% in mancanza di genitori o disoccupati |
| <input type="checkbox"/> | Genitore o ascendente ultrasessantacinquenne a carico o di età inferiore se invalido con percentuale superiore al 66% |

(Indicare luogo e data)

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

Il trattamento dei dati personali da parte dell'Amministrazione avviene esclusivamente per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali, nel rispetto dei limiti stabiliti dal Dlgs 196/2003.

