

Allegato A

AVVISO PUBBLICO RISERVATO AI CENTRALINISTI NON VEDENTI LEGGE 113/85 per l'avviamento presso TRIBUNALE AMMINISTRATIVO REGIONALE del LAZIO Sezione staccata di LATINA

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Alla **PROVINCIA DI LATINA**
Settore Politiche del Lavoro
Collocamento Obbligatorio
Viale Umberto I°, n.37
04100 LATINA

Il sottoscritto Nome Cognome

Nato/a il

Residente in

Via CAP

Domiciliato in

Via CAP

Codice fiscale Telefono

Cellulare * E-mail*

Cittadinanza

(*) **dato obbligatorio**

CHIEDE

di partecipare all'Avviso Pubblico per l'avviamento a tempo indeterminato presso il TRIBUNALE REGIONALE del LAZIO – Sezione staccata di Latina – da inquadrare nel profilo professionale di operatore dell'area II, fascia retributiva F1 del ruolo del personale della Giustizia Amministrativa - riservato alle persone iscritte nell'elenco di cui alla Legge 113/85s.m.i. e che eventuali comunicazioni siano trasmesse all'indirizzo di residenza o di posta elettronica suindicato e si impegna a comunicare eventuali successive variazioni.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti edichiarazioni mendaci ivi indicate e che in ordine a quanto dichiarato l'Ufficio potrà disporre accertamenti e verifiche,

DICHIARA

- di aver preso visione e compreso i termini dell'avviso pubblico;
- di essere in possesso dei requisiti generali previsti per l'accesso al pubblico impiego;
- di essere in possesso del requisito delle qualità morali e di condotta di cui all'art. 35, c.6, D.lgs n. 165/2001 e s.m.i.;

Allegato A

- di essere in possesso dei requisiti richiesti dall'Avviso alla data di pubblicazione del Bando;
- di essere iscritto nell'elenco di cui all'art. 8 della Legge 68/99 s.m.i. presso il CPI di

dal

- di essere iscritto nell'elenco dei Centralinisti non Vedenti tenuto da codesta Amministrazione dal _____
- di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
conseguito in data _____ presso _____;

Che il proprio nucleo familiare è così composto escluso il dichiarante:

- Nome.....Cognome.....Grado di parentela.....data di nascita

di avere a carico le seguenti persone:

a) Coniuge convivente non legalmente ed effettivamente separato

Nome Cognome

Data di nascita Luogo

Percentuale di invalidità

Riconosciuta da In data

Privo di reddito o con reddito lordo non superiore a € 2.840,51

b) Figli legittimi e quelli ad essi equiparati, non coniugati, di età inferiore ai 18 anni compiuti, ovvero maggiorenni inabili non coniugati, che si trovino, a causa di infermità fisica o mentale, nella assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi ad un proficuo lavoro.

Nome Cognome

Data di nascita Luogo

Percentuale di invalidità

Riconosciuta da In data

Privo di reddito o con reddito lordo non superiore a € 2.840,51

Allegato A

Nome Cognome

Data di nascita Luogo

Percentuale di invalidità

Riconosciuta da In data

Privo di reddito o con reddito lordo non superiore a € 2.840,51

Nome Cognome

Data di nascita Luogo

Percentuale di invalidità

Riconosciuta da In data

Privo di reddito o con reddito lordo non superiore a € 2.840,51

- c) Figli legittimi e quelli ad essi equiparati di età compresa tra i 18 e 21 anni, purché studenti o apprendisti, solo in presenza di un nucleo familiare numeroso, composto cioè da più di 3 (tre) figli o equiparati di età inferiore ai 26 anni;**

Nome Cognome

Data di nascita Luogo

Percentuale di invalidità

Riconosciuta da In data

Iscritto presso l'istituto scolastico.....di

Iscritto presso l'universitàdi

Apprendista presso l'Azienda.....dal

indirizzo sede legale

Nome Cognome

Data di nascita Luogo

Percentuale di invalidità

Riconosciuta da In data

Iscritto presso l'istituto scolastico.....di

Iscritto presso l'universitàdi

Apprendista presso l'Azienda.....dal

indirizzo sede legale

Allegato A

Nome Cognome
Data di nascita Luogo
Percentuale di invalidità
Riconosciuta da In data
Iscritto presso l'istituto scolastico.....di
Iscritto presso l'universitàdi
Apprendista presso l'Azienda.....dal
indirizzo sede legale

d) Fratelli, sorelle e nipoti minorenni conviventi (oppure maggiorenni se permanentemente impossibilitati a dedicarsi ad un proficuo lavoro a causa di infermità o difetto fisico o mentale) non coniugati, a condizione che siano orfani di entrambi i genitori e non abbiano conseguito il diritto alla pensione ai superstiti:

Nome Cognome
Data di nascita Luogo
Percentuale di invalidità
Riconosciuta da In data
Privo di reddito o con reddito lordo non superiore a € 2.840,51

Nome Cognome
Data di nascita Luogo
Percentuale di invalidità
Riconosciuta da In data
Privo di reddito o con reddito lordo non superiore a € 2.840,51

Indicare i dati del genitore *solo* se entrambi deceduti

Cognome e nome del padre
Data di nascita
Deceduto il Nel Comune di
Cognome e nome della madre
Data di nascita
Deceduta il Nel Comune di

Allegato A

- **Di essere a capo di un nucleo monoparentale in quanto** (*da compilare se a capo di un nucleo familiare monoparentale*)

Celibe/nubile di stato libero/a

Vedovo/a

Divorziate/a

Separato/a con Sentenza del Tribunale di

N° del

- **Di aver percepito un reddito complessivo ai fini IRPEF a qualsiasi titolo (comprensivo del patrimonio immobiliare e mobiliare personale) nell'anno 2015 pari a €.....**
Il reddito va indicato anche se pari a zero.

Il reddito, relativo *all'anno 2015*, è rilevabile dai seguenti documenti:

MODELLO 730

MODELLO UNICO

CUD 2016

Allegati (a pena di esclusione):

1. Copia fotostatica del documento di identità in corso di validità.....
2. Informativa/autorizzazione sul trattamento dei dati personali (Allegato B).

Dichiaro inoltre di essere consapevole che tutte le comunicazioni relative alla presente procedura di avviamento verranno pubblicate esclusivamente sul sito www.provincia.latina.it

Luogo e data.....

FIRMA DEL DICHIARANTE (leggibile per esteso) _____