

**MODULO DI CANDIDATURA ALLE OFFERTE DI LAVORO
PER AVVIAMENTI D'UFFICIO PRESSO DATORI DI LAVORO PRIVATI**

Modulo da trasmettere tassativamente **dal 20/11/2023 al 11/12/2023**
pena la non ammissione della candidatura esclusivamente tramite:

- **PEC (posta elettronica certificata)** al seguente indirizzo
arlavoro.femirato@postacert.regione.emilia-romagna.it
indicando nell'oggetto: "L. 68/99 – Avviamenti d'ufficio - dal 20/11/2023 al 11/12/2023"
oppure
- **Raccomandata con avviso di ricevimento** all'indirizzo:
*Agenzia Regionale per il Lavoro Emilia-Romagna
Ufficio per il Collocamento mirato
Ambito territoriale di FERRARA
Viale IV Novembre, 9 - 44121 Ferrara (FE).*

(se compilato a mano usare esclusivamente la scrittura in STAMPATELLO)

Il/La sottoscritto/a:

Cognome		Nome	
Codice Fiscale		Tel. n.	
Indirizzo e-mail			
Indirizzo PEC			
Nato a		il	
Residente a		CAP	
Via		n.	
Domiciliato a		CAP	
Via		n.	

Indirizzo per l'invio della corrispondenza relativa all'Avviso pubblico:

Comune di		CAP	
Via		n.	

Iscritto/a in data antecedente al primo giorno di pubblicizzazione dell'avviso pubblico (20/11/2023) nell'elenco dei beneficiari del Collocamento Mirato dell'Ambito Territoriale di FERRARA in qualità di **DISABILE** (art. 1, commi 1 e 2, della L. 68/1999);

CHIEDE

di essere inserito nelle graduatorie relative agli avviamenti d'ufficio (massimo 3) secondo il seguente ordine di preferenza

PRIORITÀ	CODICE OFFERTA	AZIENDA	LUOGO DI LAVORO	MANSIONE
1				
2				
3				

A TAL FINE DICHIARA

di essere in stato di disoccupazione, ovvero

- di non prestare alcuna attività lavorativa
oppure
- di prestare attività lavorativa: autonoma dipendente
e di percepire un reddito annuale lordo pari a euro: _____ (*)

(*) non superiore al limite di reddito di € 8.174,00 per lavoro dipendente (anche a progetto o a chiamata), o di € 5.500,00 per lavoro autonomo o occasionale

di essere in possesso della Relazione Conclusiva dell'accertamento sanitario predisposto ai sensi del D.P.C.M. 13 gennaio 2000 per la definizione della Diagnosi Funzionale, riportante la medesima percentuale di riduzione della capacità lavorativa indicata nel verbale di invalidità in corso di validità:

- che risulta già agli atti dell'Ufficio per il Collocamento Mirato dell'Ambito Territoriale di Ferrara
oppure
- che allega al presente modulo non risultando agli atti dell'Ufficio per il Collocamento Mirato dell'Ambito Territoriale di Ferrara;

(da compilare solo se cittadino extracomunitario)

- che il permesso di soggiorno scadrà in data ___/___/___
- che è stato richiesto il rinnovo del permesso di soggiorno in data ___/___/___
- di essere in possesso del permesso U.E. di soggiorno di lungo periodo
n. _____ del ___/___/___

aveva i seguenti familiari (1*) a carico (2*) risultanti dallo stato di famiglia:

	COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	LUOGO E DATA DI NASCITA
CONIUGE O CONVIVENTE <input type="checkbox"/> Iscritto come disoccupato presso il CPI di: _____ _____			
FIGLIO <input type="checkbox"/> Minorenne <input type="checkbox"/> Maggiorene fino al compimento di 26 anni se studente iscritto c/o la scuola/università _____			

di _____ <input type="checkbox"/> Maggiorene fino al compimento di 26 anni se iscritto come disoccupato presso il CPI di: _____ _____			
FIGLIO <input type="checkbox"/> Minorenne <input type="checkbox"/> Maggiorene fino al compimento di 26 anni se studente iscritto c/o la scuola/università _____ _____ di _____ <input type="checkbox"/> Maggiorene fino al compimento di 26 anni se iscritto come disoccupato presso il CPI di: _____ _____			
FIGLIO <input type="checkbox"/> Minorenne <input type="checkbox"/> Maggiorene fino al compimento di 26 anni se studente iscritto c/o la scuola/università _____ _____ di _____ <input type="checkbox"/> Maggiorene fino al compimento di 26 anni se iscritto come disoccupato presso il CPI di: _____ _____			
FIGLIO <input type="checkbox"/> Minorenne <input type="checkbox"/> Maggiorene fino al compimento di 26 anni se studente iscritto c/o la scuola/università _____ _____ di _____ <input type="checkbox"/> Maggiorene fino al compimento di 26 anni se iscritto come disoccupato presso il CPI di: _____ _____			

FRATELLO/i o SORELLA/e <input type="checkbox"/> Minorenne			
INVALIDO PERMANENTEMENTE INABILE AL LAVORO PERCETTORE DI PENSIONE DI INABILITÀ INPS <input type="checkbox"/> Coniuge, figli, fratelli / sorelle senza limiti di età			

(1*) Qualora a carico, i familiari dichiarabili sopra descritti sono esclusivamente quelli previsti dalla D.G.R. N. 1965/2006, ovvero quelli inseriti nel presente modulo.

(2*) Risulta a carico, e cioè economicamente non autosufficiente, il familiare che abbia redditi personali di qualsiasi natura non superiori ad un importo mensile determinato di anno in anno, secondo quanto previsto per la corresponsione dell'assegno per il nucleo familiare. Per l'anno 2023 tale importo è fissato in euro € 793,93 (Circolare INPS numero 28 del 14-03-2023).

che il proprio reddito complessivo ai fini IRPEF risultante dall'apposita dichiarazione relativa all'anno 2021 risulta pari a € _____.

N.B.: sono da considerare tutti i redditi imponibili ai fine IRPEF quali prestazioni da lavoro anche occasionali, le pensioni, la rendita mobiliare e immobiliare. Sono esclusi i redditi esenti alla fonte da IRPEF quali le pensioni di guerra, le rendite INAIL e l'assegno di assistenza erogato dall'INPS.

di aver letto l'avviso pubblico relativo alla presente candidatura e di avere piena consapevolezza dei requisiti e delle condizioni previste comprese tutte le cause di non ammissione e/o di esclusione dalla procedura.

di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e ss.mm.ii., da ultimo adottate con il D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101, portante "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)", che i propri dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per gli scopi del collocamento mirato di cui alla L. n. 68/1999

DICHIARA, INOLTRE,

che il presente atto vale quale autocertificazione ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445;

DICHIARA, INFINE,

di essere consapevole che in caso di false attestazioni, mendaci dichiarazioni od uso di atti, in tutto o in parte, falsi, incorrerà, per il disposto dell'articolo 76(L) del citato D.P.R. n. 445/2000, nelle sanzioni all'uopo previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia e, per il disposto dell'articolo 75(R) dello stesso D.P.R., nella decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base delle attestazioni, delle dichiarazioni o degli atti presentati, riscontrati in tutto o in parte non veritieri.

ALLEGA

- copia del documento di identità in corso di validità
- (solo nel caso in cui la diagnosi funzionale non sia già stata consegnata dal candidato all'ufficio per il Collocamento mirato di Ferrara) copia della diagnosi funzionale di cui al DPCM 13 gennaio 2000, in corso di validità riportante la medesima percentuale di riduzione della capacità lavorativa indicata nel verbale di invalidità valido e agli atti dell'UCM di Ferrara (non obbligatoria esclusivamente per le persone riconosciute invalide per servizio).

Data _____

Firma _____

Nota Bene: le dichiarazioni sono soggette a verifica d'Ufficio; si ricorda che in caso di dichiarazioni non veritiere decadono i benefici e sono previste sanzioni penali (artt. 75 e 76 del DPR 445/2000)