Protocollo _____ **del** _____/_____/_____	Alla **AGENZIA REGIONALE LAVORO** **DELL'EMILIA-ROMAGNA** **COLLOCAMENTO MIRATO** **AMBITO TERRITORIALE DI FORLI'-CESENA** Piazza Morgagni n. 9 **47121 FORLÍ (FC)** **peo: collocamentomiratofc@regione.emilia-romagna.it**

DOMANDA DI ISCRIZIONE NEGLI ELENCHI DEGLI AVENTI DIRITTO ALL'ASSUNZIONE OBBLIGATORIA AI SENSI DELLA LEGGE 12 MARZO 1999, N.68 (art.1 cc.1, 2 e 3 e art.18 c.2)

Il/la sottoscritto/a _____ _____
(cognome) *(nome)*

nato/a a _____ (**prov**. _____) **il** ____ / ____ / _____
(luogo nascita) *(data nascita)*

codice fiscale _____ **cittadinanza** _____

residente a _____ (prov. _____) in Via _____ n. ____

domiciliato/a a _____ (prov. _____) in Via _____ n. ____

telefono fisso _____ **telefono cellulare** _____

indirizzo di posta elettronica _____

in possesso del **titolo di studio** _____

conseguito nell'anno scolastico _____ / _____ presso _____

con sede in _____ (prov. _____)

in possesso del **diploma di qualifica** _____

rilasciato in data ___ / ___ / _____ da _____

con sede in _____ (prov. _____)

in possesso della **patente di guida** categoria _____ con **disponibilità di autovettura**: SI' ❑ NO ❑

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO/A

nell'elenco degli aventi diritto al collocamento mirato tenuto dall'Agenzia Regionale Lavoro dell'Emilia-Romagna, Ambito Territoriale di Forlì-Cesena, nella categoria:

❑ INVALIDO/A **CIVILE**	❑ INVALIDO/A **DEL LAVORO**	❑ INVALIDO/A **PER SERVIZIO**
❑ INVALIDO/A **DI GUERRA**	❑ INVALIDO/A **CIVILE DI GUERRA**	❑ **SORDO/A**
❑ ORFANO/A O CONIUGE SUPERSTITE (O EQUIPARATO) DI CADUTO ❑ **IN GUERRA** ❑ **SUL LAVORO** ❑ **PER SERVIZIO**		**dati anagrafici della persona deceduta** _____ _____
❑ **CIECO/A ASSOLUTO/A** O **IPOVEDENTE**		❑ **VITTIMA DEL DOVERE**
❑ **APPARTENENTE ALTRA CATEGORIA (ART.1, COMMI 2 E 3, D.P.R. 333/2000 E DIRETTIVA D.F.P.) 1/2019**		
❑ **FISIOTERAPISTA NON VEDENTE** (L. 29/1994)		❑ **PROFUGO ITALIANO RIMPATRIATO**

ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE

- VERBALE DI : ❑ INVALIDITA' CIVILE ❑ INVALIDITA' DEL LAVORO ❑ INVALIDITA' PER SERVIZIO
emesso in data ___/____/_____ da _____

- DIAGNOSI FUNZIONALE *(se in possesso)*

emessa in data ____/____/________ da ________________________________

- **DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO (<u>obbligatorio</u>)**

- **ALTRO** (specificare) ____

- ***<u>solo per cittadini extra EU</u>*** :

❑ **PERMESSO E/O CARTA DI SOGGIORNO (<u>obbligatorio</u>)** numero __________________________

rilasciato/a da _____________________________ ❑ con scadenza al _____________ ❑ senza scadenza

❑ **RICHIESTA DI RINNOVO DEL PERMESSO DI SOGGIORNO** del ______________ PIN _____________

<u>INOLTRE DICHIARA</u>:

❑ di essere **privo/a di occupazione *(1)***	***(1) lo stato di disoccupazione non è richiesto per l'iscrizione come orfano/a o coniuge superstite di caduto sul lavoro o come appartenente ad una delle altre categorie cui le vigenti disposizioni consentono l'iscrizione anche in assenza di stato di disoccupazione come specificate dall'art.1, commi 2 e 3, del D.P.R.333/2000 e dalla Direttiva D.F.P. 1/2019***
❑ di essere **occupato/a**, ma di prestare attività lavorativa con reddito **<u>lordo</u>**, nell'anno in corso, **<u>non superiore</u>** a € **8.174,00** per lavoro dipendente (anche parasubordinato) o a € **5.500,00** per lavoro autonomo o occasionale	

❑ **di impegnarsi a comunicare tempestivamente tutte le variazioni che dovessero intervenire in ordine a quanto dichiarato;**

❑ **di essere stato informato che:**

❑ ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo 2016/679, c.d. GDPR, e del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) per le parti coerenti col GDPR, i propri dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente richiesta viene resa e delle altre attività e dei relativi procedimenti posti in essere dal Collocamento Mirato di Forlì-Cesena per favorire l'inserimento al lavoro degli iscritti, ovvero esclusivamente per gli scopi di cui alla L.n.68/99.

In particolare, in ordine alla condizione di disabilità, saranno comunicati soltanto il grado di riduzione della capacità lavorativa, nonché le prescrizioni formulate dalla Commissione medico-legale di accertamento della disabilità e dal Comitato tecnico di cui all'articolo 6, comma 2, della L. n.68/1999, circa l'impiego in determinati lavori e/o mansioni ed i suggerimenti forniti dagli stessi relativamente ad eventuali forme e/o strumenti di sostegno all'inserimento lavorativo;

❑ i propri dati personali, compresi quelli relativi alla disabilità, saranno comunicati alle Commissioni medico-legali competenti in ragione di ulteriori accertamenti previsti dalle vigenti disposizioni in materia, e/o ad altri soggetti titolati al trattamento, sempre ed esclusivamente al fine di favorire l'inserimento al lavoro.

<u>DICHIARA, INFINE</u>:

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) delle 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.

A conferma di quanto sopra dichiarato il/la sottoscritto/a appone in calce la propria firma nella data appresso segnata.

DATA ________________ **FIRMA RICHIEDENTE** ______________________________________

<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<>>

Si attesta che la firma della presente con le contestuali dichiarazioni è avvenuta nella data indicata, in presenza del/la **sottoscritto/a addetto/a dell'Agenzia Reg.le Lavoro**, previo accertamento dell'identità personale del/la dichiarante, tramite il seguente documento di riconoscimento, allegato in copia all'istanza:

DATA ________________ **FIRMA ADDETTO/A** ____

<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<>>

La presente richiesta può essere inviata anche per posta con allegata copia fotostatica di un documento di identità del/la richiedente in corso di validità, esclusivamente qualora la dichiarazione di immediata disponibilità allo svolgimento ed alla ricerca di attività lavorativa, prevista dalle vigenti disposizioni, sia in corso di validità (*condizione non necessaria per gli orfani di caduti sul lavoro o per gli appartenenti ad una delle altre categorie cui le vigenti disposizioni consentono l'iscrizione indipendentemente dallo stato di disoccupazione*).