

Alla **AGENZIA REGIONALE LAVORO
DELL'EMILIA-ROMAGNA
UFFICIO PER IL COLLOCAMENTO MIRATO
AMBITO TERRITORIALE DI FORLI'-CESENA**
Piazza Morgagni n. 9
47121 FORLI' (FC)

P.E.O.:

collocamentomirato.fc@regione.emilia-romagna.it

P.E.C.:

arlavoro.fcmirato@postacert.regione.emilia-romagna.it

Anno _____ Num. _____ Data di prot. _____

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

COGNOME _____ NOME _____
nato/a a _____ il _____ domiciliato/a nel comune di _____
in Via _____ n. _____
e residente a _____ in Via _____ n. _____
C.F. _____ Tel. _____ E-mail _____

DICHIARA

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, nonché della decadenza dal beneficio eventualmente conseguito per effetto della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445), sotto la propria responsabilità:

- di essere cittadino/a* _____ e di essere in possesso del permesso di soggiorno in corso di validità (*da compilare solo se cittadini extracomunitari);
- di essere in possesso del seguente titolo di studio _____ conseguito in data _____ presso _____;
- di non essere iscritto negli elenchi della L.68/99 di alcun altro territorio;
- di essere iscritto negli elenchi di cui alla L. 68/99 tenuti dal Servizio Collocamento Mirato di _____ e di chiedere il trasferimento negli elenchi tenuti dall'Ufficio per il Collocamento Mirato di _____;

DICHIARA INOLTRE:

SE ORFANO/A O VEDOVO/A DEL LAVORO

relazione di parentela con il dante causa: figlio/a coniuge superstite

Nome, Cognome, Luogo e data di nascita e Cod. Fisc. del deceduto, _____

il/la quale è stato/a riconosciuto/a deceduto per causa di lavoro dall'INAIL in data _____

Si dichiara che il coniuge superstite / gli orfani superstiti

sono / non sono

iscritti all'elenco di cui all' art.18 comma 2, della Legge 68/99;

SE EQUIPARATO ORFANO/A O VEDOVO/A DEL LAVORO

relazione di parentela con il dante causa: figlio/a coniuge

Nome, Cognome, Luogo e data di nascita e Cod. Fisc. del grande invalido _____

il/la quale è stato/a riconosciuto/a:

- grande invalido (dall'80% al 100%) riconosciuto dall'INAIL in data (per gli infortuni sul lavoro verificatisi nonché le malattie professionali denunciate entro il 31/12/2006)
- grande invalido (dall'60% al 100%) riconosciuto dall'INAIL in data (per gli infortuni sul lavoro verificatisi nonché le malattie professionali denunciate a partire dall'1/1/2007)

Si dichiara che il dante causa non ha mai usufruito dei benefici derivanti dalla normativa sul collocamento mirato.

SE ORFANO/A O VEDOVO/A PER SERVIZIO

relazione di parentela con il dante causa: figlio/a coniuge superstite

Nome, Cognome, Luogo e data di nascita e Cod. Fisc. del deceduto, _____

il/la quale è stato/a riconosciuto/a deceduto per causa di servizio in data _____
 Pubblica amministrazione presso la quale verificare il requisito _____

SE EQUIPARATO ORFANO/A O VEDOVO/A PER SERVIZIO

relazione di parentela con il dante causa: figlio/a coniuge

Nome, Cognome, Luogo e data di nascita e Cod. Fisc. del grande invalido, _____

Si dichiara che il dante causa non ha mai usufruito dei benefici derivanti dalla normativa sul collocamento mirato.

SE ORFANO/A O VEDOVO/A DI GUERRA

relazione di parentela con il dante causa: figlio/a coniuge superstite

Nome, Cognome, Luogo e data di nascita e Cod. Fisc. del deceduto, _____

status certificato in data _____
 Pubblica amministrazione presso la quale verificare il requisito _____

SE EQUIPARATO ORFANO/A O VEDOVO/A DI GUERRA

relazione di parentela con il dante causa: figlio/a coniuge

Nome, Cognome, Luogo e data di nascita e Cod. Fisc. Del grande invalido, _____

Si dichiara che il dante causa non ha mai usufruito dei benefici derivanti dalla normativa sul collocamento mirato

SE PROFUGO/A ITALIANO/A RIMPATRIATO/A

lo status di Profugo/a è stato riconosciuto dalla Prefettura di _____ in data _____

SE VITTIMA DEL DOVERE

data del riconoscimento _____

soggetto che ha riconosciuto lo status _____

amministrazione di appartenenza ed il ruolo _____

SE FAMILIARE DI VITTIMA DEL DOVERE

relazione di parentela con il dante causa: Coniuge Figlio/a Genitore

Fratello/Sorella, (per quest'ultima categoria solo se unici superstiti che al momento del riconoscimento dello status di vittima erano conviventi e a suo carico)

Nome, Cognome, Luogo e data di nascita e Cod. Fisc. della vittima, _____

data del riconoscimento _____

soggetto che ha riconosciuto lo status _____

amministrazione di appartenenza ed il ruolo _____

Si dichiara che la vittima del dovere non ha mai usufruito dei benefici derivanti dalla normativa sul collocamento mirato

SE VITTIMA DEL TERRORISMO, CRIMINALITA' ORGANIZZATA

data del riconoscimento _____

soggetto che ha riconosciuto lo status _____

SE FAMILIARE DI VITTIMA DEL TERRORISMO, CRIMINALITA' ORGANIZZATA

relazione di parentela con il dante causa: Coniuge Figlio/a Genitore

Fratello/Sorella, (per quest'ultima categoria solo se unici superstiti che al momento del riconoscimento dello status di vittima erano conviventi e a suo carico)

Nome, Cognome, Luogo e data di nascita e Cod. Fisc. della vittima, _____

data del riconoscimento _____

soggetto che ha riconosciuto lo status _____

amministrazione di appartenenza ed il ruolo _____

Si dichiara che la vittima del terrorismo, criminalità organizzata non ha mai usufruito dei benefici derivanti dalla normativa sul collocamento mirato

SE TESTIMONE DI GIUSTIZIA

data del riconoscimento _____

soggetto che ha riconosciuto lo status _____

SE CARE LEAVERS

di essere diventato/a maggiorenne vivendo fuori dalla famiglia di origine per effetto di un provvedimento giudiziario del Tribunale dei Minori di _____ con
di essere nello status di care leaver in quanto divenuto maggiorenne fuori dalla famiglia di origine in virtù del provvedimento n°/prot. _____ del Tribunale dei Minorenni di _____
emesso in data _____ con efficacia dal _____

ALTRE DICHIARAZIONI _____

CHIEDE

di essere iscritto nell'elenco degli aventi diritto ai sensi della Legge n. 68/1999 istituito presso l'Ufficio per il Collocamento Mirato di _____ in qualità di ALTRA CATEGORIA PROTETTA di cui all'art.18, comma 2, della L. 68/99, quale:

- ORFANO/A O VEDOVO/A DEL LAVORO
- EQUIPARATO ORFANO/A O VEDOVO/A DEL LAVORO
- ORFANO/A O VEDOVO/A PER SERVIZIO
- EQUIPARATO ORFANO/A O VEDOVO/A PER SERVIZIO
- ORFANO/A O VEDOVO/A DI GUERRA
- EQUIPARATO ORFANO/A O VEDOVO/A DI GUERRA

- PROFUGO

- VITTIMA DEL DOVERE
- FAMILIARE DI VITTIMA DEL DOVERE
- VITTIMA DEL TERRORISMO, CRIMINALITA' ORGANIZZATA
- FAMILIARE DI VITTIMA DEL TERRORISMO, CRIMINALITA' ORGANIZZATA
- TESTIMONI DI GIUSTIZIA

- CARE LEAVERS

- ALTRA CATEGORIA _____

DICHIARA INFINE

- 1) **(SOLO IN CASO DI SOGGETTI EQUIPARATI)** che, al momento del riconoscimento della pensione di prima categoria o della condizione di grande invalido del genitore, aveva la minore età o un'età inferiore a 21 anni in qualità di studente di scuola media superiore oppure un'età inferiore a 26 anni in qualità di studente universitario, a carico
- 2) di aver preso visione dell'informativa sulla tutela della privacy pubblicata sul sito <https://www.agenzia lavoro.emr.it/privacy/privacy>
- 3) di impegnarsi a comunicare tempestivamente tutte le variazioni che interverranno riguardo a quanto sopra dichiarato;
- 4) di essere a conoscenza che l'Ufficio per il Collocamento Mirato potrà disporre idonei controlli sulla veridicità della presente dichiarazione

_____ (data) _____

in fede

Firma

La presente richiesta può essere inviata per posta elettronica con allegata copia fotostatica di un documento di identità del/la richiedente in corso di validità