**All'AGENZIA REGIONALE LAVORO**

**UFFICIO PER IL COLLOCAMENTO MIRATO DISABILI**

**Ambito territoriale di Modena**

**sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**E-Mail:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[[1]](#footnote-1)

**PEC: arlavoro.momirato.modena@regione.emilia-romagna.it[[2]](#footnote-2)**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE NEGLI ELENCHI DEGLI AVENTI DIRITTO ALL'ASSUNZIONE**

**OBBLIGATORIA AI SENSI DELLA LEGGE 12 MARZO 1999, N.68 (art.18 c.2)**

Anno\_\_\_\_\_ Num.\_\_\_\_\_ Data di prot. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

domiciliato nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PEC:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# 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.agenzialavoro.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

1. Inserire mail dell’ufficio collocamento mirato di Modena e/o cpi di competenza per iscrizione, disponibile nel sito <https://www.agenzialavoro.emr.it/modena> [↑](#footnote-ref-1)
2. All’indirizzo PEC è possibile scrivere solo da una casella di posta certificata personale del richiedente. [↑](#footnote-ref-2)