**All'AGENZIA REGIONALE LAVORO**

**UFFICIO PER IL COLLOCAMENTO MIRATO DISABILI**

**Ambito territoriale di RAVENNA**

**Via della Lirica 21 - 48124 Ravenna**

**E-Mail:** [**CollocamentoMiratoRA@regione.emilia-romagna.it**](mailto:CollocamentoMiratoRA@regione.emilia-romagna.it)

**P.E.C.:** [**Arlavoro.RA@postacert.regione.emilia-romagna.it**](mailto:Arlavoro.RA@postacert.regione.emilia-romagna.it)

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

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

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-

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

domiciliato 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 nello status di care leaver in quanto divenuto/a maggiorenne vivendo 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/a 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.*