

# REVISIONE ISCRIZIONE LISTE SPECIALI COLLOCAMENTO MIRATO

Articoli 8 e 18 Legge 12 marzo 1999 n.68

CENTRO PER L'IMPIEGO DI \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE\* \_\_\_\_\_ SESSO\* (M/F) \_\_\_\_\_

COGNOME\* \_\_\_\_\_ NOME\* \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA\* \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

COMUNE DI RESIDENZA\* \_\_\_\_\_ CAP\* \_\_\_\_\_ PROV\* \_\_\_\_\_

INDIRIZZO\* \_\_\_\_\_

CITTADINANZA\* \_\_\_\_\_ (in caso di cittadinanza ExtraUE)

PERMESSO/CARTA DI SOGGIORNO \_\_\_\_\_

TITOLO DI SOGGIORNO\* \_\_\_\_\_

NUMERO TITOLO DI SOGGIORNO \_\_\_\_\_

SCADENZA TITOLO DI SOGGIORNO (\*) \_\_/\_\_/\_\_\_\_

MOTIVO TITOLO DI SOGGIORNO\* \_\_\_\_\_

(se diverso dalla residenza)

COMUNE DI DOMICILIO\* \_\_\_\_\_ CAP\* \_\_\_\_\_ PROV\* \_\_\_\_\_

INDIRIZZO\* \_\_\_\_\_

EMAIL\* \_\_\_\_\_ PEC (\*) \_\_\_\_\_

TELEFONO(\*) \_\_\_\_\_ CELLULARE\* \_\_\_\_\_

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni false

## DICHIARA

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

Di appartenere a una delle seguenti Categorie di **DISABILI (ex art. 8 Legge 68/99)** con anzianità del

\_\_/\_\_/\_\_:

INVALIDI CIVILI <input type="checkbox"/>	Perc. % _____	(min. 46%)
INVALIDI DEL LAVORO <input type="checkbox"/>	Perc. % _____	(min. 34%)
INVALIDI PER SERVIZIO <input type="checkbox"/>	Categ. _____	
SORDOMUTI <input type="checkbox"/>	Perc. % _____	

Di appartenere inoltre ad altre categorie di **DISABILI (ex art. 8 Legge 68/99)**

\_\_\_\_\_

Ovvero, di appartenere a una delle seguenti **Categorie Protette (ex art. 18 Legge 68/99)** con anzianità del

\_\_/\_\_/\_\_:

VEDOVE DEL LAVORO <input type="checkbox"/>	EQUIPARATI VEDOVE DEL LAVORO <input type="checkbox"/>
VEDOVE/ORFANI DI GUERRA <input type="checkbox"/>	VEDOVE/ORFANI DI SERVIZIO <input type="checkbox"/>
PROFUGHI <input type="checkbox"/>	
ORFANI DEL LAVORO <input type="checkbox"/>	EQUIPARATI ORFANI DEL LAVORO <input type="checkbox"/>

(Legge 407/1998 - 244/2007) -

- VITTIME DEL DOVERE
- CONIUGE DELLE VITTIME DEL DOVERE
- FIGLI DELLE VITTIME DEL DOVERE
- FRATELLI SE CONVIVENTI E A CARICO DELLE VITTIME DEL DOVERE (solo se la vittima non abbia coniuge o figli)
- GENITORI QUALORA UNICI SUPERSTITI
- VITTIME DEL TERRORISMO, CRIMINALITA' ORGANIZZATA
- CONIUGE DELLE VITTIME DEL TERRORISMO, CRIMINALITA' ORGANIZZATA
- FRATELLI SE CONVIVENTI E A CARICO DELLE VITTIME DEL TERRORISMO, CRIMINALITA' ORGANIZZATA

- CARE LEAVER (art. 67 bis D.L. 19/05/2020, N.34 - L.77/2020)
- 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.....
- di vivere fuori dall'ambito familiare di origine e di aver costituito un nucleo a sé

Di appartenere inoltre ad altre **Categorie Protette (ex art. 18 Legge 68/99)**

**ASSOLVIMENTO OBBLIGO SCOLASTICO:**  SI  NO

Di possedere il seguente **TITOLO DI STUDIO**.....

conseguito in ITALIA  All'ESTERO  nell'anno.....  
(è obbligatorio indicare la nazione in cui è stato conseguito il titolo) .....

**STATO CIVILE\*:**

- CONIUGATO/A  VEDOVO/A  SEPARATO/A  CELIBE/NUBILE  DIVORZIATO/A
- CONVIVENTE

**PERSONE A CARICO ai fini dell'attribuzione del punteggio (escluso il dichiarante):**

- coniuge convivente privo di impiego come previsto dal D. Lgs.150/2015
- figlio/i minorenni conviventi n .....
- figlio/i maggiorenne convivente fino al compimento del 26° anno di età se studente e privo di impiego come previsto dal D. Lgs.150/2015 n. ....
- figlio/i convivente a carico, senza limiti di età, invalido permanentemente al lavoro n. ....
- fratello/i o sorella/e minorenni conviventi a carico n. ....

**TOTALE PERSONE A CARICO N°..... (\*)**

Infine,

**DICHIARA**

**REDDITO LORDO INDIVIDUALE IN BASE ALL'ULTIMA DICHIARAZIONE DEI REDDITI\***

(Anno 2020) €.....derivante dal patrimonio immobiliare e mobiliare e dall'imponibile I.R.P.E.F escluse le sole prestazioni a carattere risarcitorio (ad esempio rendita INAIL, pensione di guerra e servizio, assegno di invalidità civile);

Si impegna altresì a comunicare tempestivamente e comunque entro 30 giorni eventuali variazioni in ordine a quanto dichiarato.

- Autorizzazione al trattamento dei dati personali.

(luogo e data) \*

**Allega la seguente documentazione:** fotocopia fronte/retro, non autenticata, del documento di riconoscimento e del codice fiscale in corso di validità ed eventuali documenti a corredo dell'istanza.

*I CAMPI CONTRASSEGNA TI DAL SIMBOLO "\*" SONO OBBLIGATORI  
tasto INVIA                                  tasto SALVA BOZZA*