Spett.le Regione Abruzzo

 Servizio DPH010

 Centro per l’Impiego di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTOCERTIFICAZIONE PER L’AGGIORNAMENTO DATI DEI CENTRALINISTI TELEFONICI NON VEDENTI AMBITO PROVINCIALE DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (L. 113/85)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

domiciliato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

**DICHIARA**

di essere iscritto/a nell’elenco dei centralinisti telefonici non vedenti della Regione Abruzzo- Ambito Territoriale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in quanto:

❑ Ambito territoriale nel quale si trova la propria residenza e nel quale ha reso la dichiarazione di immediata disponibilità al lavoro (DID) presso il Centro per l’Impiego di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑ Servizio eletto come unico altro ambito territoriale, ai sensi dell’art.6, comma 7, L.113/1985, essendo residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ed iscritto/a nell’elenco tenuto dal servizio competente di tale territorio in cui ha reso la dichiarazione di immediata disponibilità al lavoro (DID) presso il Centro per l’Impiego di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑ di essere privo/a di occupazione;

*OPPURE*

❑ di essere occupato/a, ma di prestare attività lavorativa con reddito lordo, nell'anno in corso, non superiore a € 8.500,00 per lavoro dipendente (anche parasubordinato) o a € 5.500 per lavoro autonomo o occasionale;

❑ Di avere il seguente reddito lordo personale IRPEF anno precedente pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(N.B.: sono da considerare tutti i redditi imponibili ai fini IRPEF quali prestazioni da lavoro anche occasionali, le pensioni, le rendite mobiliari e immobiliari. Sono esclusi i redditi esenti alla fonte da IRPEF quali le pensioni di guerra, le rendite INAIL e l’assegno di assistenza erogato dall’INPS).*

❑ Di avere il seguente numero di persone a carico 1 risultanti dallo stato di famiglia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME E NOME** | **DATA DI NASCITA** | **ISCRITTO/A PRESSO IL CENTRO PER L’IMPIEGO DI:** | **GRADO DI PARENTELA** | **ISTITUTO SCOLASTICO O UNIVERSITÀ PRESSO CUI È ISCRITTO IL/LA FIGLIO/A MAGGIORENNE DICHIARATO/A A CARICO** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*1 Per carico familiare si intende quello risultante dallo stato di famiglia e determinato secondo le modalità previste per la corresponsione dell’assegno per il nucleo familiare.*

 *Le persone che possono essere considerate a carico sono:*

*1. coniuge o convivente disoccupato (che abbia reso la dichiarazione di immediata disponibilità presso un Centro per l’Impiego ai sensi del D.Lgs. 150/2015);*

*2. figlio minorenne convivente;*

*3. figlio maggiorenne convivente fino al compimento del 26° anno di età se studente e disoccupato (che abbia reso la dichiarazione di immediata disponibilità presso un Centro per l’Impiego ai sensi del D.Lgs. 150/2015) ovvero senza limiti di età, se permanentemente inabile al lavoro;*

*4. fratello o sorella minorenne convivente.*

***Non possono essere considerati a proprio carico i figli se l’altro genitore risulta occupato.***

❑ Di essere disponibile al lavoro presso aziende private;

❑ Di essere disponibile al lavoro presso Enti Pubblici;

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

❑ di essere consapevole che si può essere iscritti solamente nell’elenco tenuto dal servizio competente nel cui ambito territoriale si trova la propria residenza e nell'elenco di un unico altro servizio nel territorio dello Stato;

❑ di essere stato informato/a 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 poste in essere dal Collocamento Mirato per favorire l'inserimento al lavoro degli iscritti esclusivamente per gli scopi di cui alla L.n.68/99.

In particolare, in ordine alla condizione di persone con 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 legge 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.

**ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:**

|  |
| --- |
| **[ ]  Copia certificato di invalidità in corso di validità****[ ]  Copia documento d’identità** |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_