

# PROCEDURA DI AVVIAMENTO NUMERICO A SELEZIONE PER L' ASSUNZIONE

**DI N° 1 UNITA' DISABILE PRESSO  
IL COMUNE DI ALTAVILLA SILENTINA**  
( Avviso pubblico Prot. N° PSA201500234874 DEL 06/10/2015 )

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

( art. 46 del D.P.R 445/2000 )

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a

Prov.

il / /

Cod. Fisc.

Tel/Cell

iscritto/a nell'elenco provinciale dei disabili della provincia di Salerno, art. 8 legge 68/99, come persona :

- invalida civile con percentuale    %
- invalida del lavoro con percentuale    %
- invalida per servizio
- non vedente
- sorda

Rivedibile al

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci :

In particolare dichiara :

- 1) di essere residente a   Via   , N.
- 2) di essere iscritto/a, come disoccupato, presso il Centro per l'Impiego di OLIVETO CITRA - RECAPITO DI EBOLI
- 3) di essere in possesso dei requisiti generali per l'accesso al pubblico impiego ;
- 4) che tutti i requisiti richiesti per la partecipazione alla procedura in oggetto sono in proprio possesso alla data di pubblicazione dell'Avviso pubblico ;
- 5) che la propria situazione economica e patrimoniale al 31/12/14 ( "complessivo dei redditi assoggettabili all 'IRPEF del lavoratore e della lavoratrice disabile, inclusi quelli delle persone a carico ) corrisponde ad un reddito di €   (indicare in numero e lettere )
- 6) di essere   ( indicare se celibe/nubile, coniugato/a ) ;
- 7) di avere n.   carichi familiari ( indicare il numero dei familiari conviventi fiscalmente a carico, da individuare nelle tipologie di seguito descritte e da riportare, in dettaglio, nell'apposita tabella ) ;
- 8) di appartenere/non appartenere a famiglia monoparentale ( cancellare la voce che non interessa ) ;

9) che i dati seguenti relativi alla situazione familiare sono rilevati dal proprio stato di famiglia e si riferiscono alle persone conviventi fiscalmente a carico :

Cognome	Nome	Data Nascita	Comune Nascita	Sesso		Cittadinanza	Grado Parentela	Status Familiare	Titolo di Studio	DISAB. %	TIPOLOGIA ( v. nota )
				M	F						
		/ /									
		/ /									
		/ /									
		/ /									
		/ /									
		/ /									
		/ /									
		/ /									
		/ /									
		/ /									

Il/La sottoscritto/a chiede che ogni comunicazione relativa alla presente procedura venga fatta al seguente indirizzo :

Via  N.   
 Città  Cap.

Dichiara di conoscere che, ai fini della formulazione delle graduatorie definitive, l'UPSI potrà effettuare le verifiche e gli accertamenti in ordine alla veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati e/o potrà richiedere agli interessati il rilascio di documentazione e/o certificazione attestante il possesso dei requisiti di partecipazione e delle condizioni reddituali e/o di carico familiare dichiarate .

Il/La sottoscritto/a  autorizza codesto Ufficio al trattamento dei propri dati personali , ai sensi del D. Lgs.196/2003, finalizzati all'espletamento della presente procedura di reclutamento e dichiara di conoscere esplicitamente tutte le clausole del relativo bando di avviso.

Firma \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 39 del DPR 445/2000, la firma non è soggetta ad autenticazione

Tipologia di familiare a carico :

- A= coniuge, o convivente more uxorio, non occupato o disoccupato ai sensi dell'art. 1 c. 2 lettera F, D. Lgs 181/00
- B= figli fino a 18 anni
- C= figli oltre 18 anni
- D= figli oltre 18 anni con invalidità non inferiore al 66%
- E= fratello o sorelle fino a 18 anni di età, conviventi ( solo in mancanza di entrambi i genitori, e se entrambi i genitori sono disoccupati )
- F= fratelli/sorelle oltre 18 anni, conviventi, con invalidità non inferiore al 66 %
- G= genitori o ascendenti con oltre 65 anni
- H= genitori/ ascendenti con meno di 65 anni, con invalidità non inferiore al 66 %
- I= altri familiari