

Piano Provinciale Disabili 2015-2016
DOMANDA PARTECIPAZIONE
NOTE INSERIMENTO /AUTOIMPREDITORIALITA'(D1)
(dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà)
(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Al Servizio Inserimento Lavorativo Disabili
Provincia di Cremona
Via Dante 134

Il sottoscritto,

COGNOME	[REDACTED]		NOME	[REDACTED]	
NATO A	[REDACTED]	IL	[REDACTED]	CODICE FISCALE	[REDACTED]
DOMICILIO: INDIRIZZO, CAP, COMUNE, PROVINCIA					
[REDACTED]					
TELEFONI					
[REDACTED]					

DICHIARA

il seguente stato occupazionale:

occupato

Inoccupato/disoccupato da meno di tre mesi

disoccupato in mobilità in deroga da meno di tre mesi

inoccupato o disoccupato da più 3 mesi

disoccupato in mobilità in deroga da più di 3 mesi

disoccupato in mobilità ordinaria da meno di 6 mesi

occupato sospeso CIGS o CIGD per cessazione, procedura concorsuale o accordi che prevedono esuberi

inoccupato o disoccupato da più di 12 mesi

disoccupato in mobilità in deroga da più di 12 mesi

disoccupato in mobilità ordinaria da più di 6 mesi

il seguente grado di disabilità:

33/67

68/79

80/100 o disabilità psichica

la seguente tipologia di disabilità/invalidità:

Psicica o intellettiva

Multi disabilità

Disabilità sensoriale

Altro (fisica)

di appartenere alla seguente fascia di età alla data odierna:

15 – 24 anni

25 – 34 anni

35 – 44 anni

45 – 54 anni

55 o più anni

di possedere un titolo di studio classificato come segue:

- Istruzione pre elementare o nessun titolo (ISCED 0)
-
- Istruzione elementare (ISCED 1)
-
- Istruzione secondaria inferiore / medie (ISCED 2)
-
- Istruzione secondaria superiore / superiori (ISCED 3)
-
- Istruzione secondaria terziaria / laurea (ISCED 4)
-
- Istruzione secondaria terziaria / post laurea, dottorato, master, ecc. (ISCED 2)
-

il seguente genere:

- maschio 0
-
- femmina
-

- di essere iscritto negli elenchi della Provincia di Cremona di cui all'art. 8 della L. 68/99;
- di aver dichiarato l'immediata disponibilità al lavoro (DID) ai sensi dell'art. 19 del D.Lgs. n 150/2015.

DICHIARO INOLTRE

- Che nessun familiare convivente svolge attività lavorativa
- Che un solo familiare convivente svolge attività lavorativa

COGNOME

[redacted]

NOME

[redacted]

NATO A

[redacted]

IL

[redacted]

CODICE FISCALE

[redacted]

- di possedere i requisiti previsti per la Dote lavoro - Persone con disabilità – Annualità 2015/2016;
- di non essere titolare di altra dote attiva alla data di sottoscrizione della presente dichiarazione
- di essere consapevole che su quanto dichiarato potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000;
- di essere altresì consapevole delle conseguenze penali e amministrative di cui agli artt. 75 e 76 del citato DPR in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, ivi compresa la decadenza immediata dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;
- di acconsentire all'eventuale utilizzazione dei dati forniti per comunicazioni alla Provincia in merito alle politiche provinciali e regionali di istruzione, formazione e lavoro;
 - di essere informato, ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.
 - Di acconsentire all'eventuale trasferimento da parte del Servizio inserimento Lavorativo Disabili di dati/informazioni personali ai soggetti della rete dell'operatore accreditato coinvolti nella formulazione del PIP e del percorso di inserimento lavorativo concordato
 - di presentare la propria candidatura per partecipare all'avviso relativo alle doti inserimento lavorativo

[redacted], li [redacted]

(luogo)

(data)

[redacted]
[cognome e nome]

Allegati n. [redacted]:

[redacted]