

AVVISO PUBBLICO DI “SELEZIONE, MEDIANTE AVVIAMENTO DEGLI ISCRITTI AI CENTRI PER L’IMPIEGO DELLA REGIONE LAZIO, FINALIZZATA ALL’ASSUNZIONE DI N. 15 UNITA’ CON LA QUALIFICA DI “OPERATORE NEL RUOLO DEGLI OPERATORI DEL CORPO NAZIONALE DEI VIGILI DEL FUOCO, CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PIENO E INDETERMINATO, PER LA COPERTURA DI POSTI VACANTI NEL MINISTERO DELL’INTERNO AVENTI SEDE NELLA REGIONE LAZIO, AI SENSI DELL’ART. 16 DELLA LEGGE N. 56/1987”

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

all’Avviso Pubblico per: operatore nel ruolo degli operatori del Corpo Nazionale dei VV.F.

Il sottoscritto Nome Cognome
Nato a il
Residente in
Via CAP
Domiciliato in
Via CAP
Codice fiscale Telefono
Cellulare (*) E-mail (*)
Cittadinanza
(* dato obbligatorio)

CHIEDE

Avviamento a selezione a tempo indeterminato presso (indicare un’unica sede):

ROMA Direzione Regionale VV.F. **ROMA** Nuovi Uffici Centrali **FROSINONE**
e che eventuali comunicazioni siano trasmesse all’indirizzo di:

residenza domicilio posta elettronica

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall’articolo 76 del medesimo DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

A PENA DI ESCLUSIONE

- di essere in possesso dei requisiti generali per l’accesso al pubblico impiego;
- di essere in possesso della **scuola secondaria di primo grado (licenza media inferiore)**
- di non essere soggetto ad alcuna delle ipotesi di esclusione all’accesso al pubblico impiego;
- di aver acquisito lo stato di disoccupato o aver rilasciato la dichiarazione di immediata disponibilità - DID, ai sensi della normativa vigente, presso un Centro per l’Impiego della Regione Lazio, alla data del **02/07/2021**

Centro per l’Impiego di dal .. /.. /....

DICHIARA

che il proprio **nucleo familiare è così composto**, escluso il dichiarante:

- Nome.....Cognome.....Grado di parentela.....data di nascita.....
- Nome.....Cognome.....Grado di parentela.....data di nascita.....
- Nome.....Cognome.....Grado di parentela.....data di nascita.....
- Nome.....Cognome.....Grado di parentela.....data di nascita.....
- Nome.....Cognome.....Grado di parentela.....data di nascita.....
- Nome.....Cognome.....Grado di parentela.....data di nascita.....
- Nome.....Cognome.....Grado di parentela.....data di nascita.....

PARTE DA COMPILARE DA COLORO CHE HANNO CARICHI FAMILIARI (alla data del 19.11.21)

Sono considerate a carico le persone solo se conviventi, come rilevate nello stato di famiglia (alla data del 19.11.21), e se, al momento della presentazione dell'autocertificazione sono prive di reddito o con reddito annuo lordo non assoggettabile a IRPEF non superiore a € 2840,51 (per i figli di età non superiore a 24 anni il limite di reddito complessivo è elevato a € 4.000,00), rientranti esclusivamente nelle fattispecie di seguito indicate:

A) IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI AVERE A CARICO LE SEGUENTI PERSONE:

- a) **Coniuge convivente non legalmente ed effettivamente separato o divorziato con status di disoccupato, o Partner in unione civile (art.1, comma 2 L.n.76/2016; Circolare INPS n.84/2017) convivente con status di disoccupato, o Convivente di fatto (art.1, comma 36 L.n.76/2016; Circolare INPS n.84/2017) con status di disoccupato**

Coniuge convivente Partner in unione civile Convivente di fatto

Nome Cognome
 Codice fiscale
 Data di nascita Luogo

iscritto presso il Centro per l'Impiego di _____ dal ____/____/____

Privo di reddito o con reddito lordo non assoggettabile all'IRPEF non superiore a Euro 2.840,51

- b) **Figli legittimi e quelli ad essi equiparati, non coniugati, di età inferiore ai 18 anni compiuti; Figli e quelli ad essi equiparati, maggiorenni inabili, non coniugati, che si trovino, a causa di infermità fisica o mentale, nella assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi ad un proficuo lavoro (inabili al 100%), purché facciano parte di un nucleo familiare monoparentale o che l'altro genitore si trovi nelle condizioni di cui all'avviso:**

Nome Cognome
 Data di nascita Luogo
 percentuale di invalidità
 riconosciuta da in data

Privo di reddito o con reddito lordo non superiore a Euro 2.840,51 (per i figli di età non superiore ai 24 anni, il limite di reddito complessivo non assoggettabile all'IRPEF è elevato a € 4.000,00).

Nome Cognome

Data di nascita Luogo

percentuale di invalidità

riconosciuta da in data

Privo di reddito o con reddito lordo non superiore a Euro 2.840,51 (per i figli di età non superiore ai 24 anni, il limite di reddito complessivo non assoggettabile all'IRPEF è elevato a € 4.000,00).

Nome Cognome

Data di nascita Luogo

percentuale di invalidità

riconosciuta da in data

Privo di reddito o con reddito lordo non superiore a Euro 2.840,51 (per i figli di età non superiore ai 24 anni, il limite di reddito complessivo non assoggettabile all'IRPEF è elevato a € 4.000,00).

c) Figli legittimi o ad essi equiparati di età compresa tra i 18 e 21 anni, purché studenti o apprendisti, solo in presenza di un nucleo familiare numeroso, composto cioè da più di 3 (tre) figli o equiparati di età inferiore ai 26 anni, purché facciano parte di un nucleo familiare monoparentale o che l'altro genitore si trovi nelle condizioni di cui all'avviso:

Nome Cognome

Data di nascita Luogo

iscritto presso l'istituto scolastico..... di.....

iscritto presso l'università di.....

Apprendista presso l'azienda..... dal..... indirizzo sede legale

.....

Nome Cognome

Data di nascita Luogo

iscritto presso l'istituto scolastico..... di.....

iscritto presso l'università di.....

Apprendista presso l'azienda..... dal..... indirizzo sede legale

.....

Nome Cognome

Data di nascita Luogo

iscritto presso l'istituto scolastico..... di.....

iscritto presso l'università di.....

Apprendista presso l'azienda..... dal..... indirizzo sede legale

.....

d) Fratelli, sorelle e nipoti minorenni conviventi (oppure maggiorenni se permanentemente impossibilitati a dedicarsi ad un proficuo lavoro a causa di infermità o difetto fisico o mentale) non coniugati, a condizione che siano orfani di entrambi i genitori e non abbiano conseguito il diritto alla pensione ai superstiti

Nome Cognome

Data di nascita Luogo

percentuale di invalidità

riconosciuta presso in data

Privo di reddito o con reddito lordo non assoggettabile all'IRPEF non superiore a Euro 2.840,51

Figlio di (*indicare il nome di entrambi i genitori defunti*)

Cognome e nome del padre

Data di nascita

Deceduto il nel comune di

Cognome e nome della madre

Data di nascita

Deceduta il nel comune di

Nome Cognome

Data di nascita Luogo

percentuale di invalidità

riconosciuta presso in data

Privo di reddito o con reddito lordo non assoggettabile all'IRPEF non superiore a Euro 2.840,51

Figlio di (*indicare il nome di entrambi i genitori defunti*)

Cognome e nome del padre

Data di nascita

Deceduto il nel comune di

Cognome e nome della madre

Data di nascita

Deceduta il nel comune di

PARTE DA COMPILARE SE A CAPO DI UN NUCLEO FAMILIARE MONOPARENTALE

Per nucleo monoparentale si intende la famiglia con un solo genitore (stato libero, vedovo/a, divorziato/a, separato/a). Il genitore deve essere in possesso dello status di disoccupato per usufruire del carico dei figli.

B) IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI ESSERE A CAPO DI UN NUCLEO MONOPARENTALE IN QUANTO:

stato libero vedovo/a separato/a divorziato/a

con sentenza del Tribunale di

N. del

**APPARTENENZA A PARTICOLARI CATEGORIE
DICHIARA**

- Alla data del 19/11/2021 di essere in possesso dei requisiti previsti dall'art. 71 del D.Lgs 217/2005 e dall'art. 6 del D.Lgs 139/2006, per l'applicazione del diritto di precedenza in favore del personale volontario del Corpo nazionale dei vigili del fuoco (di essere iscritto negli appositi elenchi da almeno tre anni e aver effettuato non meno di centoventi giorni di servizio).

SITUAZIONE REDDITUALE

- di essere in possesso del dato ISEE in corso di validità
pari a € _____ (indicare anche il valore zero)
 di non essere in possesso del dato ISEE in corso di validità

Si conferma che quanto dichiarato nella presente domanda corrisponde a verità

Luogo e data

FIRMA DEL DICHIARANTE (leggibile per esteso) _____

Consenso al trattamento dei dati personali

Il/la sottoscritto/a, ai sensi degli artt. n. 7 e n. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR -General Data Protection Regulation), nonché della normativa vigente in materia di privacy, conferisce il consenso al trattamento dei propri dati personali, ivi compresi quelli c.d. sensibili e identificativi, nei termini e con le modalità di seguito indicati.

I dati personali e i dati soggetti a trattamento speciale (dati sensibili) raccolti potranno essere oggetto di comunicazione ai soggetti, interni o esterni alla Regione Lazio, nei confronti dei quali la comunicazione si configura come adempimento di obblighi di legge o contrattuali, nonché trasmessi ai datori di lavoro, pubblici e privati, al fine dell'avviamento al lavoro o dell'attivazione di percorsi di tirocinio.

Titolare del trattamento è la Giunta della Regione Lazio, con sede in Via Rosa Raimondi Garibaldi, n. 7, 00145 Roma.
Responsabile del trattamento dei dati personali è il direttore della Direzione Regionale Istruzione, Formazione, Ricerca e Lavoro

Luogo e data

FIRMA DEL DICHIARANTE (leggibile per esteso) _____