

RICHIESTA DI ISCRIZIONE NELLE LISTE DEL COLLOCAMENTO DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

(Art. 1 c. 1 della legge 12 marzo 1999 n. 68)

La/Il sottoscritta/o _____
Nata/o a _____ il ____ / ____ / ____
Codice fiscale _____
Residente a _____ CAP _____
Via _____ n. _____
Telefono _____ E-mail _____
Documento di identità _____ n. _____
Rilasciato da _____ in data ____ / ____ / ____

CHIEDE

L'iscrizione negli elenchi delle persone appartenenti alle categorie protette con riferimento alla Categoria:

- ☐ invalidi civili ☐ invalidi del lavoro ☐ invalidi per servizio
☐ sordi ☐ invalidi civili e militari di guerra ☐ minorati vista L. 113/85

La forma linguistica del maschile generico viene utilizzata esclusivamente allo scopo di una migliore leggibilità e si intende in tutti i casi neutro dal punto di vista del genere.

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni false (D.P.R. 445 28/12/2000),

DICHIARA

1. di essere domiciliata/o

a _____ CAP _____
via _____ n. _____

(L'Amministrazione non assume alcuna responsabilità per i casi di dispersione, ritardo o disguido di comunicazione, dovuti ad inesatte indicazioni del recapito da parte del dichiarante ovvero per mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dei recapiti sopra indicati)

2. di impegnarmi a comunicare tempestivamente tutte le variazioni che dovessero intervenire in ordine a quanto dichiarato sia in merito ai dati personali sia inerenti alle informazioni relative alle certificazioni sociosanitarie rilasciate ai fini dell'iscrizione nelle liste del Collocamento Mirato (rilascio nuovi Verbali di invalidità, Relazioni conclusive etc.)

3. di possedere il seguente titolo di studio:



4. di essere:

- ☐ temporaneamente non disponibile allo svolgimento di un'attività lavorativa
- ☐ immediatamente disponibile (DID) allo svolgimento di un'attività lavorativa
- ☐ disoccupato/a
- ☐ occupato/a con reddito lordo annuale di _____,00 €

5. di essere stata/o informata/o che la richiesta di accertamento dello stato di disabilità lavorativa ai sensi della legge 68/99 (Relazione Conclusiva), a decorrere dal 01/01/2010, deve essere presentata all'INPS esclusivamente per via telematica anche tramite i Patronati, le Associazioni di persone con disabilità e altri soggetti abilitati e di averne effettuato domanda di cui consegna ricevuta.

6. di essere stata/o informata/o, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D. Lgs 101/2018, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che le informazioni che AFOL Monza e Brianza deve rendere ai sensi della suddetta normativa sono consultabili nel sito istituzionale di AFOL MB <https://www.afolmonzabrianza.it/privacy/>

_____/_____/_____
Luogo e Data

Firma

AUTORIZZO

l'acquisizione da parte dell'Ufficio Iscrizioni di mia documentazione sociosanitaria utile per il completamento della mia scheda utente, ai fini di una corretta Profilazione nelle fasce di appartenenza e funzionale alla gestione degli Avviamenti Numerici.

_____/_____/_____
Luogo e Data

Firma

Compilazione a cura dell'operatore del Centro per l'Impiego

Data e firma del personale addetto che riceve la presente dichiarazione ed attesta che la sottoscrizione è avvenuta in sua presenza.

_____/_____/_____
Luogo e Data

Firma

CPI di riferimento:
Pratica trattata da: