



LISTE COLLOCAMENTO LEGGE 68/99



CENTRO PER L'IMPIEGO DI MADDALONI

PROT. N° _____ DEL _____

CRON. N° _____

☐ **PRIMA ISCRIZIONE** ☐ **REISCRIZIONE** ☐ **REINTEGRO** ☐ **VARIAZIONE %** _____ ☐ **AGGIORNAMENTO DATI**

DISABILI PERCENTUALE INVALIDITA' _____ % ISCRITT _____ DAL _____ / _____ / _____

☐ **INVALIDI CIVILI** ☐ **INVALIDI DEL LAVORO** ☐ **INVALIDI PER SERVIZIO** ☐ **NON VEDENTI**

☐ **SORDOMUTI** ☐ **INVALIDI CIVILI di GUERRA**

ALTRE CATEGORIE ISCRITT _____ DAL _____ / _____ / _____

☐ **Orfani e Vedove per Servizio** ☐ **Orfani e Vedove del Lavoro** ☐ **Orfani e Vedove Vittime del Dovere**

☐ **Orfani e Vedove Vittime del Terrorismo e della criminalità organizzata** ☐ **PROFUGO**

CODICE FISCALE _____

COGNOME _____ **NOME** _____

NATO A _____ **IL** _____ / _____ / _____ **SESSO** _____

RESIDENTE IN _____ **CAP** _____ **VIA** _____

DOMICILIATO IN _____ **CAP** _____ **VIA** _____

STATO CIVILE _____ **CITTADINANZA** _____ **PATENTE:** ☐ **SI** ☐ **NO** **CAT.** _____

TEL. _____ **Cell.** _____ **e-mail** _____

TITOLO DI STUDIO _____ **ANNO** _____

ISCRIZIONE Centro per l'Impiego di MADDALONI dal _____ / _____ / _____

Qualifiche _____

☐ **REDDITO COMPLESSIVO PERSONALE ANNO PRECEDENTE** € _____

PERSONE A CARICO n. _____ ☐ **coniuge o convivente disoccupato;**

☐ **Nr. _____ figli minorenni a carico ovvero maggiorenni senza limiti di età se invalidi con percentuale superiore al 66 %;**

☐ **Nr. _____ figli maggiorenni FISCALMENTE a carico;**

☐ **Nr. _____ fratelli o sorelle minorenni a carico o maggiorenni senza limiti di età se invalidi con percentuale superiore al 66 %;**

☐ **Nr. _____ genitori o ascendenti altra 65enni a carico o di età anche inferiore se invalidi con percentuale superiore al 66 %.**

(Vedi autocertificazione del nucleo familiare)

NUCLEO MONOPARENTALE ☐ **SI** ☐ **NO**

Fiscalmente a carico: persone con reddito complessivo non superiore a euro 2.840,51 al lordo degli oneri deducibili (art. 12, comma 2 TU N. 917 del 22/12/86)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Resa ai sensi degli artt. 19, 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n° 445)

dichiara altresì di convivere in famiglia, composta, escluso il dichiarante, da n. _____ persone appresso generalizzate:

Cognome e Nome	Data nascita	Luogo nascita	Sesso	Grado di parentela	Titolo Di Studio	Status familiare ***	Disabile Si/No	* A carico
1 _____ _____	_____ _____	_____ _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Figli _____ <input type="checkbox"/> Genitore _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Licenza Elementare <input type="checkbox"/> Licenza Media <input type="checkbox"/> Media Superiore <input type="checkbox"/> Laurea	<input type="checkbox"/> Occupato <input type="checkbox"/> In cerca <input type="checkbox"/> Pensionato <input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/> Casalinga <input type="checkbox"/> Minore	<input type="checkbox"/> Si % DEL _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2 _____ _____	_____ _____	_____ _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Figli _____ <input type="checkbox"/> Genitore _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Licenza Elementare <input type="checkbox"/> Licenza Media <input type="checkbox"/> Media Superiore <input type="checkbox"/> Laurea	<input type="checkbox"/> Occupato <input type="checkbox"/> In cerca <input type="checkbox"/> Pensionato <input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/> Casalinga <input type="checkbox"/> Minore	<input type="checkbox"/> Si % DEL _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3 _____ _____	_____ _____	_____ _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Figli _____ <input type="checkbox"/> Genitore _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Licenza Elementare <input type="checkbox"/> Licenza Media <input type="checkbox"/> Media Superiore <input type="checkbox"/> Laurea	<input type="checkbox"/> Occupato <input type="checkbox"/> In cerca <input type="checkbox"/> Pensionato <input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/> Casalinga <input type="checkbox"/> Minore	<input type="checkbox"/> Si % DEL _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4 _____ _____	_____ _____	_____ _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Figli _____ <input type="checkbox"/> Genitore _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Licenza Elementare <input type="checkbox"/> Licenza Media <input type="checkbox"/> Media Superiore <input type="checkbox"/> Laurea	<input type="checkbox"/> Occupato <input type="checkbox"/> In cerca <input type="checkbox"/> Pensionato <input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/> Casalinga <input type="checkbox"/> Minore	<input type="checkbox"/> Si % DEL _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5 _____ _____	_____ _____	_____ _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Figli _____ <input type="checkbox"/> Genitore _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Licenza Elementare <input type="checkbox"/> Licenza Media <input type="checkbox"/> Media Superiore <input type="checkbox"/> Laurea	<input type="checkbox"/> Occupato <input type="checkbox"/> In cerca <input type="checkbox"/> Pensionato <input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/> Casalinga <input type="checkbox"/> Minore	<input type="checkbox"/> Si % DEL _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, previsti dalle normative vigenti , dichiara:

DI ESSERE DISOCCUPATO E CHE QUANTO SOPRA CORRISPONDE A VERITA'.

Firma

Data _____

PARTE RISERVATA AL CENTRO PER L'IMPIEGO

Identificato con _____ N _____

Rilasciato da _____ il _____ / _____ / _____

l'Operatore _____

<input type="checkbox"/>	ORIGINALE E COPIA Scheda Anagrafica (Iscrizione al Collocamento)	<input type="checkbox"/>	COPIA VERBALE COMMISSIONE SORDOMUTISMO
<input type="checkbox"/>	ORIGINALE E COPIA VERBALE COMMISSIONE INVALIDI CIVILI		DECRETO PREFETTURA RICONOSCIMENTO STATUS di PROFUGO
<input type="checkbox"/>	DIAGNOSI FUNZIONALE SE IN POSSESSO IN ALTERNATIVA LA RICEVUTA DELLA RICHIESTA DI DIAGNOSI FUNZIONALE (da richiedere alla sede INPS) Tramite i patronati o direttamente all'INPS		
<input type="checkbox"/>	CERTIFICATO INAIL (INVALIDI DEL LAVORO)		Decreto di pensione rilasciato dal Tesoro, oppure dichiarazione dell'Amministrazione presso la quale il caduto prestava servizio. Orfani e vedove di servizio
<input type="checkbox"/>	LIBRETTO di PENSIONE PRIVILEGIATO ORDINARIO O DECRETO di CONCESSIONE DELLA PENSIONE DA CUI RISULTI LA CATEGORIA di PENSIONE. MOD.69 TER UFFICIO DEL TESORO INVALIDI per SERVIZIO - INVALIDI CIVILI di GUERRA	<input type="checkbox"/>	Certificazione del Prefetto rilasciata ai sensi della L.407/98 e D.P.R. n.510 del 28/07/99 Vittime del Dover , del Terrorismo e della Criminalità organizzata
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Certificato INAIL attestante che genitore o il coniuge è deceduto per causa di lavoro Orfani e Vedove di Lavoro