

Al Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale

**Oggetto: Richiesta presentazione istanza per l'inserimento in attività lavorative
D.D.G. n. 276 21/02/2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.
Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 47 del DPR 28.12.2000, n. 445.**

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ e residente in
Via /Piazza _____ n. _____ Comune di _____ CAP _____ Prov. _____
telefono _____

DICHIARA

- di avere un'invalità civile di almeno il 46%;
- di essere in possesso di verbale di accertamento medico legale rilasciato ai sensi della Legge 12 marzo 1999, n. 68;
- essere residente nel comune di _____ da almeno due anni alla data di pubblicazione del presente bando;
- avere conseguito almeno il diploma di scuola media inferiore;
- **che il proprio nucleo familiare è così composto:**

	Cognome e Nome	rapporto	nato	
		familiare	a	il
1				
2				
3				
4				
5				

Allega alla presente istanza:

- Certificazione della Commissione medica per l'accertamento della capacità globale ai fini del collocamento mirato (Legge 12 marzo 1999, n. 68);
- Certificazione di invalidità civile di almeno il 46%;
- Attestazione ISEE in corso di validità;
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità;
- Codice IBAN di conto corrente per l'accredito del beneficio ove concesso.

Il sottoscritto dichiara altresì che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per l'inserimento in attività lavorative ai sensi del D.D.G. n. 276 21/02/2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e di essere consapevole della decadenza del beneficio per dichiarazione rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data _____

Firma _____

CONSENSO DA PARTE DELL'INTERESSATO AL TRATTAMENTO E ALLA DIFFUSIONE DEI DATI SENSIBILI

Il/La sottoscritto/a dopo essere stat ___ informat ___ ai sensi dell'art.13 del nuovo codice sulla privacy (D.Lgs 196 del 30 giugno 2003) e, in particolare dopo essere stat ___ informat ___ dei propri diritti nei confronti del trattamento dei dati sanitari e sulla vita sessuale se applicabile;

preso atto che i trattamenti verranno effettuati comunque nei limiti posti dalla legge inclusi i profili inerenti la salvaguardia della loro riservatezza;

ESPRIME

Il proprio consenso al trattamento dei dati personali che l ___ riguardano ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie correlate all'oggetto della prestazione ed il proprio consenso al trattamento dei propri dati ai fini statistici epidemiologici e di ricerca scientifica, ivi includendovi la comunicazione, diffusione e il trasferimento all'estero nei casi previsti dalla legge.

Data

Firma
