

Domanda di ammissione alla procedura riservata ai soggetti disabili iscritti nelle Liste di cui alla L. 68/99 della Provincia di Brindisi per l'avviamento a selezione di n. 2 Agenti assicurativi presso azienda privata della Provincia di Brindisi.

**(Termine presentazione domanda entro e non oltre le ore 12.00 del 28/04/17).**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ residente/domiciliato in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_, si dichiara disponibile a partecipare alla selezione, riservata ai soggetti disabili iscritti negli elenchi del Collocamento obbligatorio della Provincia di Brindisi, ad esclusione dei disabili di natura psichica avviabili solo mediante specifica convenzione, ai sensi dell'art. 9, comma 4, della Legge 68/99, per l'avviamento di n. 2 Agenti assicurativi.

A tal fine, **consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice penale e delle norme speciali in materia, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000**, dichiara:

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso della qualifica di **Agente assicurativo** conseguita presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
- di essere cittadino/a italiano/a (oppure) specificare \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto nelle Liste del collocamento obbligatorio di cui all'art. 8, comma 2, L. 68/99 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" della Provincia di Brindisi a far data dal \_\_\_\_\_ in qualità di<sup>1</sup>:
  - invalido civile con percentuale pari a .....%
  - invalido del lavoro con percentuale pari a .....%
  - invalido per servizio rientrante nella seguente categoria .....
- di essere disoccupato/a ai sensi del D.lgs 150/2015 (cfr. circ. MLPS n. 34/2015, par. 3);

Ai fini della determinazione della graduatoria dichiara altresì

- di avere n. \_\_\_\_\_ persone a carico come risultanti dalla allegata dichiarazione<sup>2</sup>;
- di avere un reddito personale lordo complessivo per l'anno 2015 di € \_\_\_\_\_;

Il sottoscritto, consapevole che chi rilascia false dichiarazioni ad un Pubblico Ufficiale o presenta falsa documentazione è punito ai sensi degli artt. 495 e 496 del Codice Penale, dichiara, sotto la propria responsabilità, che quanto sopra dichiarato corrisponde a verità e si impegna a comunicare tempestivamente le variazioni che interverranno.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(Firma dichiarante)

Si autorizza la Provincia di Brindisi, ai sensi del d.lgs. 196/2003, al trattamento dei propri dati personali per tutti gli atti necessari all'espletamento della selezione e per l'aggiornamento della propria posizione negli elenchi del Collocamento mirato della provincia di Brindisi.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(Firma dichiarante)

<sup>1</sup> Se il dato relativo alla percentuale d'invalidità è diverso da quello a suo tempo comunicato al CPI/Collocamento mirato è necessario allegare copia del nuovo verbale d'invalidità.

<sup>2</sup> In caso di indicazione di persone a carico è obbligatorio allegare anche il modello "All. B\_dichiarazione sostitutiva di certificazione del REDDITO PERSONALE COMPLESSIVO e del CARICO FAMILIARE".

**Spazio riservato all'Ufficio che riceve la domanda**

Cod. identificativo privacy _____
Data iscrizione/re-iscrizione nella Lista L. 68/99 _____
Percentuale invalidità _____
Reddito personale complessivo lordo per l'anno 2015 pari ad € _____
N. persone a carico dichiarate _____
L'Operatore che riceve la domanda _____