**SINALUNGA** – Via Costarella, 214/a

Tel. 0577 630908 e-mail: direzione@istitutoredditi.it

**MODELLO DI ADESIONE**

**AVVISO DI SELEZIONE PUBBLICA A TEMPO DETERMINATO N 2 UNITA’ DI PERSONALE NEL PROFILO PROFESSIONALE DI**

**“ESECUTORE SOCIO-ASSISTENZIALE”**

**(Categoria “B Pos. Ec B1 C.C.N.L. FUNZIONI LOCALI)**

**PER I SERVIZI DI ASSITENZA GESTITI DA APSP ISTITUTO MARIA REDDITI**

**AI SENSI DEL D.P.G-R TOSCANA N. 7/R DEL 04.04.2004 E S.M.I.**

**RICHIESTA DI INSERIMENTO IN GRADUATORIA RELATIVA AGLI AVVIAMENTI A SELEZIONE NELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE EX ART. 31 E SEGUENTI DEL REGOLAMENTO REGIONALE 04 FEBBRAIO 2004, N. 7/R.**

Il/la sottoscritto/a (*cognome*) ………………………………………..... (*nome*)…………………………………………....

nato/a a ......................................…....... ….....il ...................… cod. fisc. ………………………………………...............

Domiciliato in ………………….………………….. Via/Piazza……………………………………………….., N. …..

telefono…………………………………………………Cellulare………………………………………………….……

e-mail ……………………………………………………….

Residente in...........................……………………………………………………………………….............................… Via/Piazza.................................................…………………………………………………………..............., N....………..

**indicare indirizzo al quale si desidera ricevere eventuali comunicazioni se diverso dalla residenza/domicilio---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- -------------**

**----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art.495-496 del Codice Penale – art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000

**DICHIARA**

***(Barrare, qui di seguito, la dicitura corrispondente)***

* di essere **immediatamente disponibile** per la richiesta relativa all’avviamento a selezione presso il **A.P.S.P. ISTITUTO MARIA REDDITI**  per il profilo professionale di **ESECUTORE SOCIO ASSISTENZIALE – cat. B/1 , sede lavoro Sinalunga (Si)**
* di essere inserito alla data del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nell’Elenco Anagrafico dei Servizi per l’Impiego della Regione Toscana, presso il Centro Impiego di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissione previsti dal bando;

**DICHIARA ALTRESI’**

di aver percepito nell'anno **2020** un **reddito complessivo lordo individuale** pari ad €.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(Nel caso in cui il reddito relativo all’anno 2020 sia pari allo zero, indicarlo comunque nell’apposito spazio scrivere zero o il numero algebrico zero o qualsiasi simbolo dal quale si evince la mancata percezione del reddito da parte del soggetto dichiarante. **N.b. nel caso di mancata compilazione verrà attribuito d'ufficio un reddito pari a Euro 100.000,00 (centomila euro) con relativo punteggio**. **Si ricorda che devono essere conteggiati i redditi a qualsiasi titolo percepiti nell’anno 2020, derivanti anche da patrimonio immobiliare e mobiliare del lavoratore, con esclusione del suo nucleo familiare;**

***NON DEVONO ESSERE CONTEGGIATE*** le seguenti provvidenze economiche – prestazioni assistenziali

* - Indennità a carico di invalidi del lavoro
* - Assegno mensile di assistenza
* - Pensione di Invalidità civile (riconosciuta per percentuali di invalidità superiori al 74%)
* - Indennità di Accompagnamento
* - Reddito di Cittadinanza (RdC)
* - Reddito di Inclusione (REI)
* - Compensi Servizio Civile Nazionale

*Le provvidenze sopra esposte sono tutte esenti dall’IRPEF pertanto non viene rilasciato la Certificazione Unica da parte dell’INPS*

***DEVONO ESSERE CONTEGGIATE*** *le seguenti provvidenze economiche – prestazioni assistenziali per cui l’INPS rilascia la Certificazione Unica ai beneficiari*

* - Pensione di Inabilità INPS
* - Assegno Ordinario di Invalidità
* - Indennità collegate allo stato di disoccupazione (mobilità in deroga, NASPI, DISCOLL, ASDI).
* - Indennità collegate alla sospensione in costanza di lavoro (CIGO, CIGS, CIG in deroga, Assegno Ordinario e Assegno di Solidarietà FIS);
* - Rimborso spese forfettario per tirocini non curriculari;
* - Compensi Servizio Civile Regionale
* **DICHIARA** di essere iscritto presso il Centro Impiego di…….......………………………….. e la seguente condizione relativa allo STATO DI DISOCCUPAZIONE:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Iscrizione D.lgs. 150/2015 | SI (dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | NO |
| Iscrizione art.16 l.56/87 al 31/12/2002 | SI (dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | NO |

* **DICHIARA** *la seguente situazione familiare: (barrare)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nucleo monoparentale | SI | NO |

* **DICHIARA** la seguente situazione familiare: *(barrare)*

Se **SI :**

* Di essere celibe/nubile;
* Di essere separato/a o divorziato/a dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Di essere vedovo/a

Se NO

* Di essere coniugato/a o convivente:
* Coniuge/convivente occupato
* Coniuge convivente disoccupato iscritto al Centro per l’Impiego di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CARICO FAMILIARE**

N.B. Per carico familiare deve intendersi quello rilevato dallo stato di famiglia e relativo a persone conviventi prive di reddito, con esclusione dei redditi non assoggettabili a Irpef. Si ricorda che il punteggio per i figli a carico è attribuito **ad entrambi i genitori disoccupati**; in caso di assunzione di uno dei due coniugi o conviventi la posizione in graduatoria dell’altro rimasto disoccupato è immediatamente rideterminato non computando il punteggio prima attribuito per il coniuge o convivente e continuando invece a tenere conto del punteggio attribuito per i figli. Inoltre, il punteggio per i figli a carico **vale anche nel caso in cui uno dei due coniugi si iscriva mentre l’altro è già occupato**. **La condizione di disoccupato è considerata tale solo in caso di iscrizione valida ai sensi del D.Lgs. 150/2015. SI RICORDA CHE IL PROSPETTO RIEPILOGATIVO DELLO STATO DI FAMIGLIA DEVE ESSERE RIEMPITO IN OGNI SUA PARTE. IL SERVIZIO CALCOLERA’ IL CARICO FAMILIARE SULLA BASE DELLE INFORMAZIONI FORNITE DALL’INTERESSATO.**

* che N.. ........ persone inserite nel suo stato di famiglia risultano a suo carico e si trovano nella seguente condizione:
* *Specificare, inserendo la lettera corrispondente, se il familiare è:*

1. Figlio minorenne disoccupato o studente.
2. Coniuge o convivente more uxorio disoccupato.
3. Figlio maggiorenne fino a 26 anni se disoccupato o studente\* **(VEDI NOTA)**
4. Figlio di qualsiasi età con invalidità oltre il 66%.
5. Fratello o sorella minorenne in mancanza di genitore o disoccupati.
6. Fratello o sorella di qualsiasi età se invalido oltre il 66% in mancanza di genitori o disoccupati.
7. Genitore o ascendente ultra sessantacinquenne a carico, o di età inferiore se invalido con percentuale superiore al 66%.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome e Nome** | **Data di nascita** | **Grado di parentela** | **A carico** | | **Inserire la lettera corrispondente per indicare la tipologia di carico familiare**  **(\*\*\*)** |
|  |  |  | SI | NO |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Nota \***

**indicare nella colonna con asterisco**

\* Se disoccupato iscritto presso il Centro per l’Impiego (indicare quale)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Se studente iscritto alla Scuola/Università (indicare scuola o università)

* di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13 del D.Lgs.196/2003 e s.m.i. (Codice in materia di protezione dei dati personali), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per gli usi consentiti dalla legge.
* di essere consapevole che le dichiarazioni qui presentate sono state fatte solo e soltanto sotto la mia responsabilità. Dispenso da ogni responsabilità il ricevente.

**Di essere informato che la mancata presentazione, senza giustificazione, alle prove di idoneità comporta la decadenza dalla graduatoria.**

* **Il sottoscritto ……..........................................................................................................-- consapevole che rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi o farne uso nei casi previsti dal DPR n. 445/2000 costituisce fonte di responsabilità ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, dichiara in particolare:**
* di essere in possesso dell'attestato di frequenza al corso per addetti con mansione alimentare tipo semplice, secondo la normativa prevista dalla Regione Toscana (HACCP in corso di validità)
* di essere in possesso dell'attestato **Attestato di “qualifica professionale” relativo ad uno dei seguenti profili,** come disciplinati dalle Deliberazioni della Giunta Regionale Toscana in materia e rilasciati da Agenzie formative pubbliche o private regolarmente accreditate dalla Regione di competenza.
  + - [ ] “Operatore tecnico addetto all’assistenza”
    - [ ] “Addetto all’assistenza di base alla persona”
    - [ ] “Operatore Socio Sanitario”;
* di essere in possesso di Patente di Guida Cat. B**)** in corso di validità

DATA............................ FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SI AVVERTE IL CANDIDATO CHE LE PROPRIE DICHIARAZIONI IN ORDINE AL REDDITO PERCEPITO NELL’ANNO 2020 SARANNO SOTTOPOSTE D’UFFICIO A VERIFICA PRESSO GLI UFFICI COMPETENTI (INPS, AGENZIA DELLE ENTRATE). COLORO CHE RISULTERANNO AVER RESO DICHIARAZIONI NON COERENTI ALLE RISULTANZE DEI CONTROLLI ANDRANNO INCONTRO ALLE CONSEGUENZE PREVISTE DALLA NORMATIVA (art.495-496 del Codice Penale – art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000).**

**AVVISO DI SELEZIONE PUBBLICA A TEMPO DETERMINATO N 2 UNITA’ DI PERSONALE NEL PROFILO PROFESSIONALE DI**

**“ESECUTORE SOCIO-ASSISTENZIALE”**

**(Categoria “B Pos. Ec B1 C.C.N.L. FUNZIONI LOCALI)**

**PER I SERVIZI DI ASSITENZA GESTITI DA APSP ISTITUTO MARIA REDDITI**

**AI SENSI DEL D.P.G-R TOSCANA N. 7/R DEL 04.04.2004 E S.M.I.**

**RICEVUTA**

Il/La Sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha presentato “RICHIESTA DI INSERIMENTO IN GRADUATORIA RELATIVA AGLI AVVIAMENTI A SELEZIONE NELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE EX ART. 31 E SEGUENTI DEL REGOLAMENTO REGIONALE 04 FEBBRAIO 2004, N. 7/R.”

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Timbro e firma dell’impiegato addetto

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SI AVVERTE IL CANDIDATO CHE LE PROPRIE DICHIARAZIONI IN ORDINE AL REDDITO PERCEPITO NELL’ANNO 2020 SARANNO SOTTOPOSTE D’UFFICIO A VERIFICA PRESSO GLI UFFICI COMPETENTI (INPS, AGENZIA DELLE ENTRATE). COLORO CHE RISULTERANNO AVER RESO DICHIARAZIONI NON COERENTI ALLE RISULTANZE DEI CONTROLLI ANDRANNO INCONTRO ALLE CONSEGUENZE PREVISTE DALLA NORMATIVA (art.495-496 del Codice Penale – art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000).**