



CASA DI RIPOSO DELLA MISERICORDIA
AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA GAIOLE IN CHIANTI

Arti Agenzia Regionale
Toscana per l'impiego
Settore Servizi per il lavoro di Pisa e Siena

**AVVISO DI SELEZIONE PUBBLICA PER L'ASSUNZIONE A TEMPO DETERMINATO DI N. 1
LAVORATORE/TRICE CON PROFILO PROFESSIONALE DI "ESECUTORE ADDETTO AI SERVIZI
SOCIO ASSISTENZIALI", CATEGORIA GIURIDICA B - C.C.N.L. COMPARTO FUNZIONI LOCALI,
PRESSO "CASA DI RIPOSO DELLA MISERICORDIA" AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA
PERSONA , CON SEDE IN GAIOLE IN CHIANTI (SI)**

**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, con una X, la dicitura corrispondente)

- di essere **immediatamente disponibile** per la richiesta n. _____ relativa all'avviamento a selezione presso la **Casa di Riposo della Misericordia, Azienda pubblica di servizi alla persona, con sede in Gaiole in Chianti** per il profilo professionale di **" ESECUTORE ADDETTO AI SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI", CAT. B1 "**, sede lavoro Gaiole in Chianti
- di essere inserito alla data della pubblicazione dell'avviso (09/11/2021) 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 ALTRESÌ

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 rideterminata 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 e s.m. e i...** **SI RICORDA CHE IL PROSPETTO RIEPILOGATIVO DELLO STATO DI FAMIGLIA DEVE ESSERE RIEMPIUTO IN OGNI SUA PARTE. IL SERVIZIO CALCOLERÀ 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:
 - Figlio minorenni disoccupato o studente.
 - Coniuge o convivente more uxorio disoccupato.
 - Figlio maggiorenne fino a 26 anni se disoccupato o studente* (**VEDI NOTA**)
 - Figlio di qualsiasi età con invalidità oltre il 66%.
 - Fratello o sorella minorenni in mancanza di genitore o disoccupati.
 - Fratello o sorella di qualsiasi età se invalido oltre il 66% in mancanza di genitori o disoccupati.
 - 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 familiare disoccupato iscritto presso il Centro per l'Impiego di (indicare quale) _____

- Se familiare studente iscritto alla Scuola/Università (indicare scuola o università) _____
Comune _____

DICHIARA INOLTRE

- di aver instaurato un rapporto di lavoro subordinato dal _____ al _____
in relazione al quale percepisce/ha percepito un reddito Annuale _____ / Mensile _____
_____ pari ad euro _____;
- di aver instaurato, l'ultimo rapporto di lavoro parasubordinato dal _____ al _____
_____ in relazione al quale percepisce/ha percepito un reddito complessivo pari ad
Euro _____;
- di aver svolto/svolgere attività di lavoro autonomo dal _____ da cui è
derivato alla data odierna, con riferimento all'anno corrente, un reddito pari ad
euro _____

DICHIARA ALTRESÌ

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (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 e la rinuncia all'assunzione in servizio senza giustificato motivo comportano 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 della qualifica professionale **di Operatore Socio Sanitario (OSS)** (conseguito a seguito di superamento del corso di formazione di durata annuale previsto dall'Accordo fra il Ministro della Sanità, il Ministro della Solidarietà Sociale e le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 22.2.2001) oppure di **Addetto all'Assistenza di Base (ADB-OSA)**

DATA.....

FIRMA _____

SI AVVERTE IL CANDIDATO CHE LE PROPRIE DICHIARAZIONI SARANNO SOTTOPOSTE A VERIFICA PRESSO GLI UFFICI COMPETENTI. COLORO CHE RISULTERANNO AVER RESO DICHIARAZIONI NON COERENTI ALLE RISULTANZE DEI CONTROLLI ANDRANNO INCONTRO ALLE CONSEGUENZE PREVISTE DALLA NORMATIVA (artt.495-496 del Codice Penale – art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000).