

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ via _____ n _____
telefono _____

è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

Oggetto: aggiornamento della graduatoria dei "Centralinisti telefonici non vedenti e qualifiche equipollenti" ai sensi della L. 113/85 e D.M. Del 10/01/2000, e dei "Massaggiatori e Massofisioterapisti non vedenti", ai sensi della L. 403/71 e L. 686/61.

D I C H I A R A

- di essere disoccupata/o ai sensi del D.L.gs n. 181/2000, come modificato dal D.L.gs n. 297/2002;
- di essere iscritto nel seguente albo.:
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> centralinisti non vedenti | <input type="checkbox"/> addetto alla clientela e agli uffici relazioni con il pubblico |
| <input type="checkbox"/> addetto alle gestione banche dati | <input type="checkbox"/> addetto ai servizi di telemarketing e telesoccorso |
| <input type="checkbox"/> masso fisioterapisti | <input type="checkbox"/> terapisti della riabilitazione |
- di appartenere a nucleo monoparentale. si no
- di aver percepito nell'anno _____, a titolo personale, redditi soggetti ad IRPEF, escluse le sole prestazioni economiche per la riduzione della capacità lavorativa, per complessivi € _____
(_____)
- di avere un carico familiare al 31/12/_____ costituito da n° _____ persone di seguito elencate:

a) coniuge o convivente disoccupato (*allegare certificazione*) - *invalido superiore 66%* si no
(cognome) _____ (nome) _____ (nato il) _____

b) figli minorenni ovvero maggiorenni invalidi con % superiore al 66% fiscalmente a carico¹":
(cognome) _____ (nome) _____ (nato il) _____
(reddito percepito al 31/12/_____) € _____
(cognome) _____ (nome) _____ (nato il) _____
(reddito percepito al 31/12/_____) € _____

(cognome)_____ (nome)_____ (nato il) _____
(reddito percepito al 31/12/____) € _____

e) figli maggiorenni fiscalmente a carico*.

(cognome)_____ (nome)_____ (nato il) _____
(reddito percepito al 31/12/____) € _____

(cognome)_____ (nome)_____ (nato il) _____
(reddito percepito al 31/12/____) € _____

d) fratelli/sorelle minorenni ovvero maggiorenni invalidi con % superiore al 66% fiscalmente a carico* :

(cognome)_____ (nome)_____ (nato il) _____
(reddito percepito al 31/12/____) € _____

(cognome)_____ (nome)_____ (nato il) _____
(reddito percepito al 31/12/____) € _____

e) genitori o ascendenti ultra sessantacinquenni ovvero invalidi con % superiore al 66% fiscalmente a carico:

(cognome)_____ (nome)_____ (nato il) _____
(reddito percepito al 31/12/____) € _____

(cognome)_____ (nome)_____ (nato il) _____
(reddito percepito al 31/12/____) € _____

Data

Firma