

SPAZIO PER ETICHETTA PROTOCOLLO

SPAZIO PER TIMBRO DATA ARRIVO

**ALLA PROVINCIA DI FORLÌ-CESENA**  
 Servizio Istruzione, Formazione e Politiche del Lavoro  
**UFFICIO PER IL DIRITTO AL LAVORO DEI DISABILI**  
 Piazza Morgagni, 9  
 47100 FORLÌ

FASCICOLO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DOMANDA DI TRASFERIMENTO DI ISCRIZIONE  
 NELL'ELENCO DEGLI AVENTI DIRITTO ALL'ASSUNZIONE OBBLIGATORIA AI SENSI DELLA  
 LEGGE 12 MARZO 1999, N.68, TENUTO DALLA PROVINCIA DI FORLÌ-CESENA**

<b>DATI ANAGRAFICI</b>	Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____,
	nato/a a _____ (prov. ____ ) il _____ cod. fisc _____
	residente a _____ (prov. ____ ) in Via _____ n. _____
	domiciliato/a a _____ (prov. ____ ) in Via _____ n. _____
	telefono fisso _____ telefono mobile _____
	indirizzo di posta elettronica _____
<b>TITOLO DI STUDIO</b>	In possesso del titolo di studio di _____, conseguito nell'a.s. _____/_____ presso _____ con sede in _____ (prov. ____ )
<b>DIPL. QUALIFICA</b>	in possesso del diploma di qualifica _____ rilasciato in data _____ dall'Ente di Formazione Professionale _____ con sede in _____ (prov. ____ )
<b>AUTO</b>	In possesso della patente di guida categoria _____ con disponibilità di autovettura SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

iscritto nell'elenco degli aventi diritto al collocamento mirato tenuto dalla Provincia di \_\_\_\_\_ quale:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> INVALIDO/A CIVILE           | <input type="checkbox"/> VITTIMA DEL DOVERE   |
| <input type="checkbox"/> INVALIDO/A DEL LAVORO       | <input type="checkbox"/> PROFUGO/A  |
| <input type="checkbox"/> INVALIDO/A PER SERVIZIO     | <input type="checkbox"/> MINORATO/A DI VISTA  |
| <input type="checkbox"/> INVALIDO/A DI GUERRA        | <input type="checkbox"/> CENTRALINISTA NON VEDENTE ISCRITTO/A ALL'ALBO PROFESSIONALE DI CUI ALLA LEGGE 29 MARZO 1985, N.113 |
| <input type="checkbox"/> INVALIDO/A CIVILE DI GUERRA | <input type="checkbox"/> ORFANO/A O CONIUGE SUPERSTITE DI CADUTO (SPECIFICARE TIPOLOGIA):                                   |
| <input type="checkbox"/> SORDO/A                     | <input type="checkbox"/> DI GUERRA  |
| <input type="checkbox"/> ALTRO                       | <input type="checkbox"/> SUL LAVORO   |
|  | <input type="checkbox"/> PER SERVIZIO   |

**CHIEDE DI TRASFERIRE LA PROPRIA ISCRIZIONE**

nell'elenco di cui alla legge 12 marzo 1999, n.68, tenuto da codesta Provincia.

**A TAL FINE DICHIARA:**

<b>STATO OCCUPAZIONALE</b>	<input type="checkbox"/> di essere privo/a di occupazione <input type="checkbox"/> di essere occupato/a, ma di prestare attività lavorativa con reddito lordo, nell'anno in corso, <u>non superiore al limite di reddito</u> fissato dalla Regione Emilia Romagna con le proprie deliberazioni n. 810/2003 e n. 901/2004;								
<b>DISPONIBILITA' AL LAVORO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• di essere disponibile a lavorare presso:           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> DITTE PRIVATE</li> <li><input type="checkbox"/> AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE (*)</li> </ul>           (*)per gli avviamenti presso datori di lavoro pubblici è richiesto l'avvenuto assolvimento dell'obbligo di istruzione ai sensi di legge. In caso di iscritti provenienti da Paese esterno all'Unione Europea deve essere allegata la traduzione giurata del titolo di studio comprovante l'avvenuto assolvimento dell'obbligo scolastico).         </li> </ul>								
<b>DISPONIBILITA' MANSIONI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• di essere disponibile ad essere avviato/a al lavoro per le seguenti qualifiche o mansioni:           <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%;">1. _____</td> <td style="width:50%;">2. _____</td> </tr> <tr> <td>3. _____</td> <td>4. _____</td> </tr> <tr> <td>5. _____</td> <td>6. _____</td> </tr> <tr> <td>7. _____</td> <td>8. _____</td> </tr> </table> </li> </ul>	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____	5. _____	6. _____	7. _____	8. _____
1. _____	2. _____								
3. _____	4. _____								
5. _____	6. _____								
7. _____	8. _____								
<b>DISPONIBILITA' ORARIA / TERRITORIALE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• di essere disponibile a svolgere anche rapporti di lavoro a tempo parziale:           <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:20%;"><input type="checkbox"/> SI</td> <td style="width:20%;"><input type="checkbox"/> NO</td> <td style="width:60%;">se si, specificare eventuali limitazioni orarie _____</td> </tr> </table> </li> <li>• di essere disponibile a svolgere anche rapporti di lavoro in località della provincia diverse da quella di domicilio:           <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:20%;"><input type="checkbox"/> SI</td> <td style="width:20%;"><input type="checkbox"/> NO</td> <td style="width:60%;">se si, specificare eventuali limitazioni territoriali _____</td> </tr> </table> </li> </ul>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	se si, specificare eventuali limitazioni orarie _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	se si, specificare eventuali limitazioni territoriali _____		
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	se si, specificare eventuali limitazioni orarie _____							
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	se si, specificare eventuali limitazioni territoriali _____							
<b>PRIVACY</b>	<input type="checkbox"/> di essere stato/a informato/a che: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ i propri dati personali saranno trattati ai soli fini dell'attuazione della normativa sul collocamento mirato. In particolare, in ordine alla condizione di disabilità, saranno comunicati ai datori di lavoro soltanto il grado di riduzione della capacità lavorativa ed il carattere della minorazione patita, nonché le prescrizioni formulate dalla Commissione medico-legale di accertamento della disabilità e dal Comitato tecnico di cui all'articolo 6, comma 2, della legge n.68/1999, circa l'impiego in determinati lavori e/o mansioni ed i suggerimenti forniti dagli stessi relativamente ad eventuali forme e/o strumenti di sostegno all'inserimento lavorativo;</li> <li>✓ i propri dati personali, compresi quelli relativi alla disabilità, potranno essere comunicati alla Commissione medico-legale competente in ragione di ulteriori accertamenti previsti dalle vigenti disposizioni in materia.</li> </ul> <input type="checkbox"/> <b>Ai sensi del D. Lgs. 196/2003, il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei propri dati personali ai fini del collocamento al lavoro</b>								

**DICHIARA, INFINE,**

di essere **consapevole** che in caso di false attestazioni, mendaci dichiarazioni od uso di atti, in tutto o in parte, falsi, incorrerà, per il disposto dell'articolo 76(L) del citato D.P.R. n. 445/2000, nelle sanzioni all'uopo previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia e, per il disposto dell'articolo 75(R) dello stesso D.P.R., nella decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base delle attestazioni, delle dichiarazioni o degli atti presentati, riscontrati in tutto o in parte non veritieri.

A conferma di quanto sopra dichiarato il/la sottoscritto/a appone in calce la propria firma nella data appresso segnata.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Si attesta che la firma della presente con le contestuali dichiarazioni è avvenuta nella data appresso indicata, in presenza del/la sottoscritto/a funzionario/a provinciale, previo accertamento dell'identità personale del/la dichiarante, tramite il seguente documento di riconoscimento: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma del/la funzionario/a \_\_\_\_\_

**La presente richiesta può essere inviata anche per posta con allegata copia fotostatica di un documento di identità del/la richiedente in corso di validità qualora la dichiarazione di immediata disponibilità allo svolgimento ed alla ricerca di attività lavorativa prevista dal D.Lgs n.181/2000, come modificato dal D.Lgs. n.297/2002, sia ancora in corso di validità.**