

Palermo, li _____ / _____

[illegible]

E/Mail: _____

Residente in _____ Via _____ n. _____

Domiciliato in _____ via _____ n.

di partecipare alla selezione, di n° 02 (DUE) unità a tempo pieno e indeterminato per la qualifica di "Operatore Tecnico addetto alla sanità veterinaria"Area del personale di supporto, ruolo tecnico - CCNL Comparto Sanità; codice istat: 8.3.2.2.0 a seguito richiesta dell' Istituto Zooprofilattico della Sicilia - prot. U/0006366/23 del 08/06/2023

A tal fine, il/la sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. N. 445 DEL 28/12/2000 e ss.mm.ii

- A) di essere cittadino _____;
- B) di essere cittadino di Paese extra UE in possesso di permesso di soggiorno in corso di validità per status di rifugiato o di protezione sussidiaria con scadenza _____ rilasciato dalla Questura di _____
- C) di non aver riportato condanne penali, passate in giudicato;
- D) di essere in possesso dei requisiti per l'accesso al pubblico impiego;
- E) di avere un'età compresa tra i 18 anni compiuti e 67 anni compiuti;
- F) di possedere idoneità fisica all'impiego;
- G) di essere privo di occupazione alla data di pubblicazione del bando e di aver presentato in data _____ dichiarazione di immediata disponibilità (DID) e di avere sottoscritto il Patto di Servizio ai sensi del D.lgs. 150/2015 presso il centro per l'impiego di _____ in data _____
- H) di essere occupato svolgendo attività di lavoro dal _____ con rapporto _____ presso _____
- I) che il proprio reddito imponibile dell'anno **2022** ammonta ad € _____
- L) di avere, (con riferimento al **GG/MM/AAAA**, data di pubblicazione del bando) a proprio carico, ai fini fiscali, le seguenti persone, nessuna delle quali ha posseduto nell'anno **2022** redditi superiori ad € **2.840,51** al lordo degli oneri deducibili (per i figli di età inferiore a 24 anni il limite di reddito è € **4.000,00**)
- M) di essere in possesso del titolo di studio di Diploma di Scuola Media Inferiore _____ rilasciato in data _____ presso l'Istituto _____
- N) di essere in possesso dell'attestato di formazione alle funzioni di cui all'art. 2, comma 1 lettera q) del Decreto del Ministero della Salute del 05 Agosto 2021.

ELENCARE LE PERSONE A CARICO :

1. _____ nata a _____ il _____

relazione di parentela : _____ CF

2. _____ nata a _____ il _____
 relazione di parentela _____ C.F. _____

3. _____ nata a _____ il _____
 relazione di parentela _____ C.F. _____

4. _____ nata a _____ il _____
 relazione di parentela _____ C.F. _____

5. _____ nata a _____ il _____
 relazione di parentela _____ C.F. _____

6. _____ nata a _____ il _____
 relazione di parentela _____ C.F. _____

Consapevole che chi rilascia false dichiarazioni ad un pubblico ufficiale e presenta false documentazioni è punito a termine degli artt. 495 e 496 del Codice Penale, dichiara che quanto sopra corrisponde a verità.

Si autorizza la diffusione dei dati personali, di cui alla presente dichiarazione, per le finalità connesse all'espletamento della procedura in materia di collocamento e dei servizi per l'impiego, previste dalla vigente normativa.

Da allegare : fotocopia del documento di riconoscimento non scaduto;

fotocopia del codice fiscale;

Copia Cud/730 relativo ai redditi 2022

Data _____

Il Dichiarante _____

relazione di parentela