



**Istituto Casa Famiglia A.S.P.**  
*(Azienda Pubblica di Servizi alla Persona)*



**Cetona** – Via San Sebastiano, 16/18  
 Tel. 0578 238052 e-mail: protocollo@casafamigliacetona.it

**MODELLO DI ADESIONE**

**AVVISO DI SELEZIONE PUBBLICA PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA  
 PER EVENTUALE ASSUNZIONE A TEMPO DETERMINATO  
 DI PERSONALE NEL PROFILO PROFESSIONALE DI  
 “ESECUTORE SOCIO-ASSISTENZIALE”  
 (Categoria “B Pos. Ec B1 C.C.N.L. FUNZIONI LOCALI)  
 PER I SERVIZI DI ASSISTENZA GESTITI DA ASP ISTITUTO CASA FAMIGLIA  
 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.S.P. ISTITUTO CASA FAMIGLIA** per il profilo professionale di **ESECUTORE SOCIO ASSISTENZIALE – cat. B/1, sede lavoro Cetona e Chiusi (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 **2021** un **reddito complessivo lordo individuale** pari ad €:

(Nel caso in cui il reddito relativo all'anno 2021 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 2021, 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 RIEMPIUTO 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:
  - A) Figlio minorenni disoccupato o studente.
  - B) Coniuge o convivente more uxorio disoccupato.
  - C) Figlio maggiorenne fino a 26 anni se disoccupato o studente\* (VEDI NOTA)
  - D) Figlio di qualsiasi età con invalidità oltre il 66%.
  - E) Fratello o sorella minorenni in mancanza di genitore o disoccupati.
  - F) Fratello o sorella di qualsiasi età se invalido oltre il 66% in mancanza di genitori o disoccupati.
  - G) 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.
    - [ ] "Addetto all'assistenza di base alla persona" o titoli equipollenti con esperienza minima di 3 mesi lavorativi presso una RSA.
    - [ ] "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 2021 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).**