



Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Istituto Maria Redditi"

ALTA VALDICHIANA SENESE: SINALUNGA - TORRITA DI SIENA - TREQUANDA

SINALUNGA – Via Costarella, 214/a

Tel. 0577 630908 e-mail: direzione@istitutoredediti.it

MODELLO DI ADESIONE

**AVVISO DI SELEZIONE PUBBLICA A TEMPO DETERMINATO N 4 UNITA' DI
PERSONALE NEL PROFILO PROFESSIONALE DI
"OPERATORE SOCIO SANITARIO"
(Categoria "B3 Pos. Ec B3 C.C.N.L. FUNZIONI LOCALI)
PER I SERVIZI DI ASSISTENZA GESTITI DA APSP ISTITUTO MARIA REDDITI
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



Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Istituto Maria Redditi"

ALTA VALDICHIANA SENESE: SINALUNGA - TORRITA DI SIENA - TREQUANDA

DICHIARA

(Barrare, qui di seguito, la dicitura corrispondente)

- di essere **immediatamente disponibile** per la richiesta relativa all'avviamento a selezione presso il **A.P.S.P. ISTITUTO MARIA REDDITI** per il profilo professionale di **OPERATORE SOCIO SANITARIO** – Cat. B3 Pos Econ. B3 , sede lavoro Sinalunga (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



Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Istituto Maria Redditi"

ALTA VALDICHIANA SENESE: SINALUNGA - TORRITA DI SIENA - TREQUANDA

Ordinario e Assegno di Solidarietà FIS);

- Rimborso spese forfettario per tirocini non curricolari;
- 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 RIEMPITO 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%.



Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Istituto Maria Redditi"

ALTA VALDICHIANA SENESE: SINALUNGA - TORRITA DI SIENA - TREQUANDA

- E) Fratello o sorella minore 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. Dispensa 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 al profilo**, come disciplinati dalle Deliberazioni della Giunta Regionale Toscana in materia e rilasciati da Agenzie formative pubbliche o private regolarmente accreditate dalla Regione di competenza.
 - [] "Operatore Socio Sanitario";
 - di essere in possesso di Patente di Guida Cat. B in corso di validità



Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Istituto Maria Redditi"

ALTA VALDICHIANA SENESE: SINALUNGA - TORRITA DI SIENA - TREQUANDA

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).

**AVVISO DI SELEZIONE PUBBLICA A TEMPO DETERMINATO N 4 UNITA' DI
PERSONALE NEL PROFILO PROFESSIONALE DI
"OPERATORE SOCIO SANITARIO"
(Categoria "B3 Pos. Ec B3 C.C.N.L. FUNZIONI LOCALI)**



Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Istituto Maria Redditi"

ALTA VALDICHIANA SENESE: SINALUNGA - TORRITA DI SIENA - TREQUANDA

**PER I SERVIZI DI ASSISTENZA GESTITI DA APSP ISTITUTO MARIA REDDITI
AI SENSI DEL D.P.G-R TOSCANA N. 7/R DEL 04.04.2004 E S.M.I.**

RICEVUTA

Il/La Sig./ra _____
ha presentato "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."

Data _____

Timbro e firma dell'impiegato addetto

**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).**