

DICHIARA INOLTRE

(ai sensi degli articoli 46 e 47 del T.U. D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

(barrare la voce che interessa)

- che è separato/a divorziato/a vedovo/a
- che **il minore**, per problematiche particolari o patologie, è seguito dal servizio territoriale dell'A.U.S.L. FG/2
 - che il minore presenta problemi di allergie o intolleranze alimentari;
 - che il minore è in affido o adozione con atto ufficiale a decorrere dal
 - che **il nucleo familiare** è seguito dal Servizio Sociale del Comune
 - che all'interno del nucleo familiare (escluso il minore) è presente una persona con invalidità del 100% riconosciuta dalla A.U.S.L. FG/2 (allegare certificato medico).
 - che nel nucleo è presente la seguente ulteriore situazione:
 - gravidanza (certificata)**
 - minore in lista d'attesa** (non valido per il corrente anno scolastico)
 - altro da specificare** _____

Che la l'attuale situazione lavorativa è la seguente:

LAVORO PADRE (o chi ne fa le veci)		LAVORO MADRE (o chi ne fa le veci)
Dipendente (fino all'ex funzionario)	<input type="checkbox"/>	Dipendente (fino all'ex funzionario)
Dipendente (dirigente)	<input type="checkbox"/>	Dipendente (dirigente)
Artigiano senza dipendenti	<input type="checkbox"/>	Artigiano senza dipendenti
Artigiano con dipendenti	<input type="checkbox"/>	Artigiano con dipendenti
Commerciante senza dipendenti	<input type="checkbox"/>	Commerciante senza dipendenti
Commerciante con dipendenti	<input type="checkbox"/>	Commerciante con dipendenti
Autonomo (con attività iniziata da massimo 15 mesi)	<input type="checkbox"/>	Autonomo (con attività iniziata da massimo 15 mesi)
Autonomo	<input type="checkbox"/>	Autonomo
Gestore albergo (fino alle 2 stelle)	<input type="checkbox"/>	Gestore albergo (fino alle 2 stelle)
Gestore albergo (dalle 3 stelle)	<input type="checkbox"/>	Gestore albergo (dalle 3 stelle)
Agente e Rappresentante di commercio	<input type="checkbox"/>	Agente e Rappresentante di commercio
Coltivatore diretto	<input type="checkbox"/>	Coltivatore diretto
Impresa familiare	<input type="checkbox"/>	Impresa familiare
Libero professionista	<input type="checkbox"/>	Libero professionista
Collaborazioni coordinate continuative	<input type="checkbox"/>	Collaborazioni coordinate continuative
Prestazioni professionali occasionali	<input type="checkbox"/>	Prestazioni professionali occasionali
Autonomo stagionale	<input type="checkbox"/>	Autonomo stagionale
Laureato iscritto alla specializzazione (con divieto normativo di lavoro dipendente o autonomo)		Laureata iscritta alla specializzazione (con divieto normativo di lavoro dipendente o autonomo)
Laurea.....Specializzazione..... <input type="checkbox"/>		Laurea.....Specializzazione..... <input type="checkbox"/>
Laureato Tirocinante/Praticante (senza vincoli di esercizio lavorativo)		Laureata Tirocinante/Praticante (senza vincolo di esercizio lavorativo)
Laurea.....Tir/Prat.c/o..... <input type="checkbox"/>		Laurea.....Tir/Prat.c/o..... <input type="checkbox"/>

Studente: <input type="checkbox"/>	Studentessa: <input type="checkbox"/>
Facoltà o Istituto.....	Facoltà o Istituto
Lavoro saltuario o dipendente stagionale (almeno 90 gg. nell'anno) <input type="checkbox"/>	Lavoro saltuario o dipendente stagionale (almeno 90 gg. nell'anno) <input type="checkbox"/>
Iscritto graduatoria supplenti <input type="checkbox"/>	Iscritta graduatoria supplenti <input type="checkbox"/>
Iscritto al Centro Territoriale per l'Impiego <input type="checkbox"/>	Iscritta al Centro Territoriale per l'Impiego <input type="checkbox"/>
Pensionato <input type="checkbox"/>	Pensionata <input type="checkbox"/>
Casalingo <input type="checkbox"/>	Casalinga <input type="checkbox"/>
Altro <input type="checkbox"/>	Altro <input type="checkbox"/>

Di essere dipendente a tempo determinato e/o con contratto di Collaborazione Coordinata e Continuativa per il seguente periodo di lavoro:

Inferiore ai 6 mesi <input type="checkbox"/>	Inferiore ai 6 mesi <input type="checkbox"/>
Dai 6 mesi a 1 anno <input type="checkbox"/>	Dai 6 mesi a 1 anno <input type="checkbox"/>

Di effettuare il seguente ORARIO DI LAVORO SETTIMANALE

Lavoro esclusivamente notturno <input type="checkbox"/>	Lavoro esclusivamente notturno <input type="checkbox"/>
Oltre le 32 ore <input type="checkbox"/>	Oltre le 32 ore <input type="checkbox"/>
Dalle 24 alle 31 ore <input type="checkbox"/>	Dalle 24 alle 31 ore <input type="checkbox"/>
Dalle 17 alle 23 ore <input type="checkbox"/>	Dalle 17 alle 23 ore <input type="checkbox"/>
Fino alle 16 ore <input type="checkbox"/>	Fino alle 16 ore <input type="checkbox"/>

Di Lavorare presso la Ditta/Ente:

(SEDE DI LAVORO)

Denominazione.....	Denominazione
Città	Città.....
distante da Manfredonia km*	distante da Manfredonia km*

* Tragitti rapportati alla carta stradale T.C.I.

N.B. i dati contenuti nell'autocertificazione devono essere riferiti alla data di compilazione della presente e vengono forniti sotto la personale responsabilità del dichiarante.

L'Amministrazione Comunale provvederà alla verifica di quanto dichiarato (art. 71 e seguenti del DPR n. 445 del 28.12.2000) e, qualora non risultasse veritiera, il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, art. 75 DPR 445 del 21/12/2000 (esclusione dalla graduatoria).

Informativa relativamente alla legge 675/96 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

I dati personali saranno trattati dal Comune di Manfredonia unicamente per lo svolgimento delle funzioni istituzionali (artt. 27 e 22/comma 3), normativi e contrattuali, fermo restando che tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza.

Data

Firma dichiarante

Il minore ha un fratello/sorella _____ che frequenterà,
nell'A.S. _____, l'asilo Nido Comunale di Via _____

