

**Autocertificazione dei dati per la formazione delle graduatorie degli avviamenti numerici
di cui alla Legge n. 68/99 ex Art.18**

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ Prov. _____ il _____
Codice Fiscale _____
Residente/domiciliato a _____
in Via/Piazza _____ n° _____
Titolo di studio _____ Stato civile _____

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni false o mendaci richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 Dicembre 2000,

DICHIARA CHE NELL'ANNO 2020

HA PERCEPITO UN REDDITO COMPLESSIVO IMPONIBILE DI €

in quanto

- Non ha prestato attività lavorativa
- Ha svolto lavoro subordinato nei periodi dal _____ al _____
dal _____ al _____ percependo un reddito imponibile
lordo di Euro _____,00
- Ha prestato lavoro autonomo percependo un reddito imponibile lordo di Euro _____,00
- Ha percepito un reddito per pensione di invalidità derivante da contributi lavorativi (escluse le
pensioni di invalidità civile ASL, indennità di accompagnamento, rendite INAIL ecc.)
di Euro _____,00
- Ha percepito redditi da altre fonti (immobili, ecc.) per Euro _____,00

N.B.: gli assegni e le pensioni di invalidità civile, l'indennità di accompagnamento, le rendite INAIL percepite dagli invalidi del Lavoro e il T.F.R. non concorrono alla formazione del reddito - pertanto chi possiede solo questo tipo di reddito dovrà dichiarare che il reddito è pari a zero.

DI AVERE LE SEGUENTI PERSONE A CARICO:
(rilevate dallo stato di famiglia, conviventi e prive di redditi assoggettabili a IRPEF)

Coniuge convivente e disoccupato immediatamente disponibile al lavoro ai sensi del D. Lgs. n. 297/2002	SI	NO
Figlio minorenni convivente a carico	N.	
Figlio maggiorenne fino al compimento del 26° anno di età se studente e disoccupato immediatamente disponibile al lavoro ai sensi del D.Lgs. n. 297/2002	N.	
Fratello o sorella minorenni convivente e a carico	N.	
Coniuge, figlio, fratello o sorella se invalidi permanenti inabili al lavoro conviventi a carico	N.	

Elencare i nominativi, le date di nascita e il grado di parentela delle persone a carico

Nome e cognome	Data di nascita	Barrare la voce corrispondente
		<input type="checkbox"/> Coniuge
		<input type="checkbox"/> Figlio <input type="checkbox"/> Fratello/sorella
		<input type="checkbox"/> Figlio <input type="checkbox"/> Fratello/sorella
		<input type="checkbox"/> Figlio <input type="checkbox"/> Fratello/sorella
		<input type="checkbox"/> Figlio <input type="checkbox"/> Fratello/sorella

Data

Firma