

Al Dipartimento regionale del Lavoro, dell'Impiego,
dei Servizi e delle Attività Formative
Servizio I
Coordinamento attività del collocamento
obbligatorio – Politiche Precariato
Viale Praga, 29
90146 Palermo

OGGETTO: Art. 64, comma 6, L.R. 8 maggio 2018 n. 8 – Istanza di iscrizione Lista.

Il/la sottoscritto/a nato/a a (.....) il residente a
..... (....) in Via n. CAP tel , soggetto
precedentemente appartenente al bacino "PIP Emergenza Palermo ", che ha usufruito dell'indennità di
fuoriuscita definitiva dall'elenco ad esaurimento ex articolo, comma 1, L.R. n. 9/2015 ed ss.mm.ii.

VISTO il comma 6, articolo 64 della legge regionale 8 maggio 2018 n. 8 che prevede la possibilità, per i soggetti
che abbiano beneficiato dell'indennità di fuoriuscita definitiva dal bacino, di presentare istanza per
essere iscritti in una apposita lista istituita presso l'Assessorato regionale della famiglia, delle politiche
sociali e del lavoro;

VISTI I commi 7 e 8, dell'articolo 64, della L.R. 8/05/2018 n. 8 che prevedono il passaggio dei soggetti iscritti
alla lista nell'elenco ad esaurimento solo a condizione che si creino posti vacanti e previa restituzione
dell'indennità ricevuta;

VISTO il DA n. 7 del 07/02/2018 pubblicato sul sito del Dipartimento regionale del Lavoro, dell'Impiego,
dei Servizi e delle Attività Formative;

CHIEDE

L'inserimento nella lista di cui al comma 6 dell'articolo 64 della L.R. 8/05/2018 n. 8 istituita presso
l'Assessorato regionale della famiglia, delle politiche sociali e del lavoro.

Il sottoscritto, consapevole, in caso di dichiarazioni mendaci, della responsabilità penale ex art. 76 del DPR
445/2000

Dichiara

Di essere alla data di presentazione della presente istanza, in possesso dei i seguenti requisiti:
(barrare la casella pertinente)

a. di essere disoccupato ai sensi del Decreto legislativo n. 150/2015.

b. di possedere un reddito individuale personale non superiore a 20.000 euro o reddito ISEE familiare non
superiore a 40.000 euro.

c. di essere fuoriuscito dal bacino a far data dal _____

Raccomandata A.R

d. che il proprio nucleo familiare risulta composto da:

Cognome	Nome	Codice Fiscale	relazione di parentela	Luogo di nascita	Data di nascita	Disabile SI/NO

Si trasmette quale parte integrante della presente domanda:

- Documento di identità in corso di validità.
- Attestazione reddito ISEE o CUD in corso di validità.
- Certificazione attestante condizioni di disabilità.
- Certificazione attestante il nucleo familiare.

Si autorizza il trattamento dei dati forniti ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 e s.m.i..

Luogo e data

Il sottoscritto
