



AMBITO TERRITORIALE DI BRINDISI  
UFFICIO COORDINAMENTO SERVIZI PER L'IMPIEGO  
CENTRI PER L'IMPIEGO BRINDISI

**Allegato C**

**AUTOCERTIFICAZIONE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ ( )  
il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ ai  
sensi dell'art.46 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste all'art.76  
dello stesso DPR per il rilascio di false dichiarazioni, dichiara quanto segue:

**STATO CIVILE**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Celibe/nubile             | <input type="checkbox"/> Separato/a (allegare sentenza di separazione) |
| <input type="checkbox"/> Coniugato/a               | <input type="checkbox"/> Divorziato/a (allegare sentenza di divorzio)  |
| <input type="checkbox"/> Convivente "more uxorio"; | <input type="checkbox"/> Vedovo/a                                      |

**CARICO FAMILIARE**

N.B.: Dichiarare **SOLO** i familiari che risultano a carico di chi presenta la domanda.

Il carico familiare sotto dichiarato deve risultare dallo stato di famiglia e/o scheda ISEE e si deve riferire a familiari conviventi con il dichiarante e a carico del dichiarante stesso.

**CONIUGE O CONVIVENTE "MORE UXORIO" A CARICO :**

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo	Convivente		Disoccupato		Iscritto al C.P.I.	
				SI	NO	SI	NO	SI	NO

N.B. In caso di coniuge convivente disoccupato specificare presso quale Centro per l'Impiego risulta iscritto \_\_\_\_\_.

**FIGLI A CARICO MINORENNI E/O MAGGIORENNI FINO AD ANNI 26 SE STUDENTI E ISCRITTI AL CENTRO IMPIEGO:**

Cognome	Nome	Luogo e data nascita	Minorenne	Studente	Disoccupato	Iscritto al C.P.I.
			SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
			SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
			SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
			SI NO	SI NO	SI NO	SI NO

**FIGLI DISABILI A CARICO (senza limite di età):**

Cognome	Nome	Luogo e data nascita

**Allegare la documentazione attestante l'invalidità/disabilità**

**ALTRI FAMILIARI CONVIVENTI A CARICO**

1. \_\_\_\_\_ NATO/A IL \_\_\_\_\_ (RELAZIONE DI PARENTELA) \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ NATO/A IL \_\_\_\_\_ (RELAZIONE DI PARENTELA) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma digitale o autografa per esteso del dichiarante

**Spazio riservato all'Ufficio che riceve la domanda**

<b>Punteggio base</b>	<b>Punti 100</b>
Carico familiare Famiglia monoparentale: si <input type="checkbox"/> Coniuge/convivente: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> disoccupato <input type="checkbox"/> occupato <input type="checkbox"/> Figli non disabili a carico _____ Figli disabili a carico _____ Altri familiari a carico _____	Punti _____
Disoccupato dal ___/___/___  Numero mesi di anzianità disoccupazione _____	Punti _____
Reddito ISEE in corso di validità € _____	Punti _____
Certificazione ISEE non presentata	Punti _____
<b>Totale punteggio attribuito</b>	<b>Punti _____</b>