



**ARPAL PUGLIA**

Agenzia Regionale Politiche Attive del Lavoro

AMBITO TERRITORIALE DI BRINDISI  
**Ufficio Collocamento Mirato Disabili**

Allegato C – A.D. n. 650 del 3/2/ 2023

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione del CARICO FAMILIARE**  
(artt. 19 – 46 – 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il sottoscritt \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente/domiciliato in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Tel/cell \_\_\_\_\_, mail o pec \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni false o mendaci richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 Dicembre 2000, e che l'Arpal Puglia – Ambito Territoriale di Brindisi, provvederà ad eseguire i controlli di cui all'art. 71 ed a segnalare alle autorità competenti le eventuali falsità rilevate;

**DICHIARA DI AVERE LE SEGUENTI PERSONE A CARICO:**

(rilevate dallo stato di famiglia, conviventi e fiscalmente a proprio carico, ossia con un reddito imponibile IRPEF per l'anno 2022 non superiore al minimo previsto dalle norme vigenti, pari ad € 2.840,51)

Coniuge convivente e disoccupato immediatamente disponibile al lavoro ai sensi del D.Lgs. n. 150/2015 e s.m.i. iscritto/a presso il Centro Impiego di _____	SI	NO
Coniuge occupato dal _____	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. 150/2015 e s.m.i	N.	
Fratello o sorella minorenni convivente e a carico	N.	
Coniuge, figlio, fratello o sorella se permanenti inabili al lavoro, conviventi e a carico	N.	

Elencare i nominativi, il grado di parentela e le date di nascita del coniuge e delle persone a carico (Dato obbligatorio ai fini del riconoscimento del punteggio)

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

Data

\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_