

Informazioni aggiuntive sulla richiesta di “prestazione di lavoro di pubblica utilità”

Propongo la seguente organizzazione di lavoro senza scopo di lucro o un'organizzazione analoga:

- Nome dell'organizzazione: _____
- Indirizzo dell'organizzazione: _____
- Il mio precedente referente: _____
- Descrizione dell'attività: _____
- Ore di lavoro stimate settimanali: _____

Desidero essere inserita/o in un'organizzazione senza scopo di lucro.

- Acconsento espressamente alla trasmissione dei miei dati personali al servizio di assistenza giudiziaria o a un'organizzazione assistenziale indipendente.
- Posso svolgere il lavoro di pubblica utilità
 - solo nel mio luogo di residenza
 - anche nelle immediate vicinanze,
 - ma solo se il luogo di lavoro è raggiungibile con i mezzi pubblici.
- Posso lavorare
 - sempre
 - da lunedì a venerdì di giorno dalle _____ alle _____.

Ho conseguito con successo una formazione professionale in qualità di _____.

Sono consapevole che per rimborsare due tassi giornalieri sono necessarie cinque ore di lavoro gratuito.

- Chiedo che il numero di ore di lavoro giornaliero sia ridotto da cinque ore per rimborsare due tassi giornalieri nel mio caso. Motivo la mia richiesta come segue:
- Sono gravemente disabile e quindi in grado di lavorare solo in misura limitata. Ho allegato una copia della decisione dell'ente di assistenza socio-sanitaria datata _____ per la valutazione della mia richiesta.
 - Sono in grado di lavorare solo in misura limitata a causa della mia dipendenza. Ho allegato un certificato di _____ datato _____ per la valutazione della mia richiesta.
 - Sono in grado di lavorare solo in misura limitata a causa della mia tossicodipendenza. Ho allegato un certificato di _____ per la valutazione della mia richiesta.
 - Soffro di una malattia mentale e sono quindi in grado di lavorare solo in misura limitata. Ho allegato una copia del certificato di _____ datato _____ per la valutazione della mia richiesta.

Sono in grado di lavorare solo in misura limitata a causa della mia gravidanza. Ho allegato una copia del certificato di _____ datato _____ per la valutazione della mia richiesta.

Sono in grado di lavorare solo in misura limitata perché

devo occuparmi di parenti (bisognosi di assistenza):

- Nome: _____

- Grado di assistenza _____

- Grado di parentela:

Nonni

Padre/Madre

Partner

Figlio

Ho allegato una copia del certificato dell'assicurazione sanitaria per la necessità di assistenza datata _____ e il/la _____ come prova dello stato di persona a carico di _____ per l'esame della mia richiesta.

ho figli minori e sono genitore single:

- Numero di figli: _____

- Età dei figli: _____

Ho allegato una copia del certificato o dei certificati di nascita.

Ricevo prestazioni in conformità con l'SGB III. Sono consapevole che lo svolgimento di un lavoro sostitutivo può comportare una riduzione del mio diritto all'indennità di disoccupazione se non seguo le istruzioni dell'Agenzia del Lavoro durante il lavoro sostitutivo o non accetto un lavoro proposto dall'Agenzia del Lavoro. Allego come prova l'ultimo avviso di approvazione dell'Agenzia del Lavoro o una copia dello stesso.

Sono consapevole che il “lavoro di pubblica utilità” può essere intrapreso solo dopo l'assegnazione da parte della Procura della Repubblica, poiché in caso contrario non vi è copertura assicurativa né può essere compensato con la pena.

(Firma del richiedente)