

All'Ufficio Servizi Sociali
del Comune di Alia
Via R. Elena n. 1
90021 Alia

Oggetto: Riapertura termini "Attività lavorativa Uomini e Donne ai fini di assistenza ed integrazione" – Anno 2020.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ C.F. _____ e residente
in _____ Via _____
cell. _____

C H I E D E

Di potere accedere al servizio di **ATTIVITA' LAVORATIVA UOMINI – DONNE AI FINI DI ASSISTENZA ED INTEGRAZIONE – Anno 2020.**

A tal fine, ai sensi degli artt. 45,46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R.

DICHIARA

- Di essere residente nel Comune di Alia da oltre un anno;
- Di essere attualmente disoccupato/a;
- Di essere fisicamente idoneo/a poter svolgere l'attività prevista dal vigente Regolamento di "Attività lavorativa Uomini e Donne ai fini di assistenza ed integrazione" approvato con atto di C.C. n. 83/2014 e s.m.i.;
- Di essere a conoscenza che l'ufficio proposto procederà al controllo diretto ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese;
- Di essere a conoscenza che gli operatori inclusi in graduatoria saranno utilizzati anche per l'attività lavorativa di cui ai progetti della Legge 328/2000 del Distretto D38 di Lercara Friddi;
- Di essere a conoscenza che l'accesso al Servizio è consentito a uno solo dei componenti dello stesso Nucleo Familiare inserendo in coda nella graduatoria l'altro componente dello stesso N.F.;
- Di essere a conoscenza che in caso di valutazione negativa nell'espletamento dell'attività verrà emesso provvedimento di decadenza;

Soggetti Maggiorenni conviventi senza Reddito (genitore, sorella, fratello, figlio ecc...):

1)	_____;
2)	_____;
3)	_____;

B) Figli Minorenni a carico ai fini IRPEF:

1)	_____;
2)	_____;
3)	_____;

DICHIARA INOLTRE

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Coniuge Convivente o convivente senza reddito | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Di avere beneficiato del servizio nell'anno precedente | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Di non aver beneficiato del servizio nell'anno precedente | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Facente parte di Nucleo Familiare Mono genitoriale con figli minori | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Presenza nel Nucleo Familiare di soggetti portatori di Handicap (L. 104/1992 art 3 comma 1 e 3) | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Presenza nel N.F. di ex detenuti disoccupati | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Presenza nel N.F. di ex tossicodipendenti disoccupati | SI | NO |

Allega alla presente:

- Modello ISEE
- Copia documento di riconoscimento in corso di validità
- Eventuali altri documenti atti a comprovare particolari condizioni di bisogno
- Dichiarazione dei redditi non assoggettati all'IRPEF.

Alia li _____

Il Dichiarante

Il/La sottoscritto/a relativamente a quanto previsto dall'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 esprime il Suo CONSENSO al trattamento dei dati personali, anche sensibili, compresa la loro comunicazione a terzi, nonché per elaborazioni statistiche da svolgere in forma anonima e per la pubblicazione degli esiti, il tutto nel rispetto dei limiti posti dalla Legge 675/96.

Firma
