



CITTA' DI TRICASE

Provincia di Lecce
Ufficio Servizi Sociali – Via Leonardo da Vinci, 2
Tel. e Fax.: 0833/543955

Al SIGNOR SINDACO del COMUNE di
TRICASE

Oggetto: Richiesta ammissione graduatoria per il “Servizio Civico Comunale” - Anno 2016.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a Tricase -Via _____ n. _____

C.F. _____ Tel./cell. _____

CHIEDE

Di essere inserito nella graduatoria per il “Servizio Civico Comunale”.

A tal fine, consapevole delle responsabilità cui potrà andare incontro in caso di falsità negli atti e nell’uso di atti falsi, ai sensi del DPR 445/2000,

DICHIARA

1. che il proprio nucleo familiare, compreso il sottoscritto, è così composto:

Cognome e Nome	data di nascita	Luogo di nascita	Relazione parentela

2. Che il reddito I. S. E. E. del proprio nucleo familiare - Anno 2016 -, è pari ad

€ _____

3. Di aver compiuto il 40° anno di età e non essere in età pensionabile;
4. Di essere privo di stabile occupazione;
5. Di essere abile al lavoro;
6. Di essere assente di coperture assicurative o altre forme di tutela da parte di altri enti pubblici;
7. Di essere assente in programmi di inserimento lavorativo sostenuti da un finanziamento pubblico;
8. Di essere disponibile a prestare la propria opera consapevole che in nessun caso detta prestazione potrà assumere carattere di lavoro subordinato nei confronti dell'Amministrazione, né di carattere pubblico, né privato, né a tempo determinato né indeterminato, in quando trattasi di attività a carattere meramente "occasionale" e resa esclusivamente a favore della cittadinanza, per cui le prestazioni non sono soggette ad IVA.
9. Che nel proprio nucleo familiare sono presenti n° _____ soggetto/i con invalidità civile e/o Legge 104/92;
10. Che nel proprio nucleo familiare sono presenti n° _____ minori affidati ai Servizi Sociali, con provvedimento del T.M. ;
11. Che nel proprio nucleo familiare sono presenti n° _____ figli minori riconosciuti dalla sola madre;
12. Che nel proprio nucleo familiare sono presenti n° _____ soggetto/i sottoposti a provvedimenti limitativi da parte dell'Autorità Giudiziaria;

Il sottoscritto, utilmente collocato in graduatoria dichiara che all'atto dell'accettazione del servizio, produrrà certificato medico di idoneità a prestare l'attività richiesta.

Autorizza il Servizio Sociale del Comune di Tricase al trattamento dei dati rilasciati *esclusivamente* per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio in oggetto, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni.

_____, lì _____

In fede

Alla presente allega :

- Attestazione I.S.E.E., comprensiva di Dichiarazione Sostitutiva Unica (D.S.U), in corso di validità;
- Fotocopia del codice fiscale e di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- Fotocopia della carta di soggiorno o permesso di soggiorno nel caso di cittadino extra comunitario;
- Autocertificazione attestante la presenza di soggetti con invalidità civile o con provvedimenti limitativi da parte dell'Autorità Giudiziaria (Allegato 1);
- Copia verbale Invalidità Civile e/o Verbale L.104/92;
- Copia di Provvedimenti limitativi da parte dell'Autorità Giudiziaria.

AUTOCERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a
il _____ a _____, residente nel Comune di _Tricase
alla via _____ C.F. _____

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000
per false attestazioni e dichiarazioni mendaci e sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- Che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. _____ soggetti con disabilità civile
(indicare nome):

1) _____

2) _____

3) _____

Allega n. _____ Verbali di riconoscimento.

- Che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. _____ soggetti sottoposti a provvedimenti
limitativi da parte dell'Autorità Giudiziaria (indicare nome):

1) _____

2) _____

Allega n. _____ provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria.

(Luogo e data)

IL/LA DICHIARANTE
