**Al Sig. Sindaco del Comune di**

**TEGGIANO**

**Oggetto:** AVVISO PUBBLICO PER LA SELEZIONE DI LAVORATORI, EX PERCETTORI DI AMMORTIZZATORI SOCIALI PRIVI DI REDDITO, DISPOSTI A REALIZZARE PERCORSI DI SERVIZI DI PUBBLICA UTILITA, DI CUI AL D.L.GS. N. 150/15, FINANZIATI DALLA REGIONE CAMPANIA DGR N. 253 DEL 09/05/2017. AVVISO DELLA REGIONE CAMPANIA APPROVATO CON D.D. N. 6 DEL 29/05/2017.

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. Fisso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Qualifica di iscrizione al centro per l’impiego \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare all’avviso pubblico di cui in oggetto e dichiara la propria disponibilità a svolgere attività di pubblica utilità finanziate dalla Regione Campania presso i vari settori e servizi di codesto Ente secondo le esigenze, le modalità e gli orari stabiliti dall’Ente medesimo.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi dell’art. 46 del D.P.R 445/2000, consapevole di quanto prescritto in materia di dichiarazione sostitutiva dagli art. 75 e 76 del medesimo D.P.R. in relazione alla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione non veritiera, di informazione o uso di atti falsi.

Di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Di avere il seguente ISEE, al momento di pubblicazione del seguente avviso, pari ad euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (l’interessato prima dell’attivazione del progetto di servizi di pubblica utilità è tenuto ad esibire la relativa attestazione ISEE rilasciata da INPS-CAF o altro soggetto autorizzato);

Che il proprio nucleo familiare, oltre al/alla dichiarante, è così composto:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N. | COGNOME | NOME | DATA DI NASCITA | RAPPORTO DI PARENTELA | FISCALMENTE A CARICO (SI/NO) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Che nel proprio nucleo familiare è presente n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ componente disabile.

Allegare alla presente:

- Fotocopia del documento di identità personale in corso di validità r codice fiscale;

- Modello C Autocertificazione per il successivo invio alla Regione

**N.B. L’interessato può allegare attestazione ISEE rilasciata da INPS, CAF o altro soggetto autorizzato per legge.**

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma



Allegato C - Autocertificazione dei destinatari attestante il possesso dei requisiti

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

**resa ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 445 del 28.12.2000**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(cognome e nome)*

nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(luogo) (prov.) (data)*

residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_) *(prov.)*

in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_, Cod. Fisc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ consapevole di quanto prescritto in materia di dichiarazioni sostitutive dagli artt. 75 e 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000 sez. V capo III in relazione alla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione non veritiere, di informazione o uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

Di essere residente o domiciliato/a in Regione Campania;

Di essere ex percettore di indennità di sostegno al reddito scaduta dal 2014 al 2017 (in ogni caso prima dell’avvio delle attività di pubblica utilità) e attualmente disoccupato/a e privo/a di sostegno al reddito;

Di essere iscritto/a al competente Centro per l’Impiego di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n.196 del 30 giugno 2003, di essere stato informato/a che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data ………………………………….

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N.B. Allegare fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità