

Oggetto: Attività lavorativa Uomini e Donne ai fini di assistenza ed integrazione – Anno 2023.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ C.F. _____ e residente in

_____ Via _____

cell. _____

CHIEDE

Di potere accedere al servizio di **ATTIVITA' LAVORATIVA UOMINI E DONNE – Anno 2023**

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 Nucleo Familiare;
- 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) | _____; |

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 non percepire di alcuna forma di assistenza | SI NO |
| <input type="checkbox"/> Di percepire la seguente assistenza economica (RDC, NASPi, ecc.)
Specificare _____ di € _____ al mese. | 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"/> 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 Nucleo Familiare di ex detenuti disoccupati | SI NO |
| Presenza nel Nucleo Familiare di ex tossicodipendenti disoccupati | SI NO |

Allega alla presente:

- Modello ISEE in corso di validità
- 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
