

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N°47
AUGUSTA – MELILLI

A
(comune di residenza)

Il/La Sottoscritto/a
Nato/a il
Residente a in via
n° CAP TEL
Codice fiscale

CHIEDE

Di partecipare al Bando del Distretto Socio-Sanitario n°47 Augusta-Melilli finalizzato all'attuazione dell'intervento "Azioni di inclusione occupazionale e formativa (Servizi di formazione lavoro)" in applicazione alla "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" n.328/2000.

DICHIARA

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. N° 445 del 28.12.2000

1. Di essere nato/a a il
2. Di essere residente nel Comune di
3. Di essere disoccupato/a o Inoccupato/a;
4. Di non percepire l'indennità NASpI;
5. Di avere un'attestazione ISEE in corso di validità di €.....;
6. Che (barrare la casella interessata):
 - almeno un componente del nucleo familiare percepisce REI e/o Reddito di Cittadinanza;
 - nessun componente del nucleo familiare percepisce REI e/o Reddito di Cittadinanza;
7. Di aver conseguito il seguente titolo di studio/qualifica professionale
8. Che autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi della GDPR 2016/679;

9. Di comunicare tempestivamente dal suo verificarsi il venir meno anche di una sola delle condizioni qui dichiarate per l'erogazione del servizio.

DICHIARA ALTRESÌ

Che il proprio nucleo familiare completo di dati anagrafici di ogni componente è composto come segue:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela	Disabilità

Luogo e data

.....

Firma

.....

Si allegano i seguenti documenti

1. Fotocopia del Documento di riconoscimento in corso di validità;
2. Fotocopia del Codice Fiscale;
3. Certificato DID;
4. Attestazione ISEE in corso di validità rilasciato dagli uffici ed organismi abilitati;
5. Curriculum Vitae del richiedente debitamente sottoscritto;
6. Certificato di disabilità ai sensi dell'art. 3 della Lg. 104/92 oppure Certificato di Invalidità qualora si avessero disabili a carico;
7. Altro (specificare).....
.....