



**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D4  
CASTELTERMINI (AG)**

Ambito territoriale Cammarata - Casteltermeni - San Giovanni Gemini

**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D4**

c/o **UFFICIO Servizi Sociali**

Comune di \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ (da indicare obbligatoriamente al fine di essere contattati)

**CHIEDE**

Di partecipare alla selezione per l'inserimento lavorativo distrettuale quale alternativa agli interventi di assistenza economica – Azione 1 - PdZ 2013/2015 – per :

- a)  giovani di età compresa tra i 18 e i 36 anni
- b)  soggetti di età compresa tra i 37 e i 50
- c)  soggetti ultracinquantenni
- d)  soggetti immigrati in possesso di regolare permesso di soggiorno per motivi di lavoro o per ricongiunzione familiare
- e)  soggetti disabili, in possesso della certificazione medica di idoneità allo svolgimento del servizio previsto
- f)  soggetti segnalati dai servizi SERT, STTSM, U.S.S.M., U.E.P.E.

A tal fine

**DICHIARA**

1. di non svolgere alcuna attività lavorativa autonoma o subordinata;
2. di non essere inserito utilmente nella graduatoria di servizio civico comunale, per l'anno corrente;
3. di essere disposti a svolgere attività di inserimento lavorativo a norma del Regolamento per l'accesso al beneficio;
4. di essere consapevoli che lo svolgimento di dette prestazioni non dà luogo all'instaurarsi di un rapporto di lavoro subordinato nei confronti del Comune, né di carattere pubblico né privato, né a tempo determinato né indeterminato, in quanto trattasi di impegno volontario e non ricorrente;
5. di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Servizio Sociale Comunale, qualsiasi mutamento dello stato di disoccupazione, entro il termine di trenta giorni dal suo verificarsi, a pena di decadenza del beneficio economico corrisposto o da corrispondersi;
6. che né il dichiarante, né i componenti del nucleo familiare usufruiscono di prestazioni assistenziali, assegni familiari, assegni di mantenimento, indennità di accompagnamento e rendite INAIL;
7.  Di essere cittadino immigrato, maggiorenne, comunitario o extracomunitario residente in uno dei Comuni facenti parte del Distretto, da almeno un anno;
8. Di essere a conoscenza che l'atto di liquidazione del compenso dovuto verrà adottato entro trenta giorni dalla consegna dei fogli di presenza e comunque in presenza di fondi Regionali

**ALLEGA:**

- Attestazione ISE, redatto ai sensi della nuova normativa vigente in materia;
- Fotocopia del documento di riconoscimento;
- Fotocopia codice fiscale

**IL RICHIEDENTE / DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_

**Formula di acquisizione del consenso dell'interessato al trattamento dei propri dati personali**

Il/la sottoscritto interessato, acquisite le informazioni fornite dagli Enti titolari del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003 (Regione e Comune), con la firma apposta alla presente scheda informativa, attesta il proprio consenso affinché i titolari procedano ai trattamenti dei dati personali per le finalità specifiche dell'intervento di cui alla presente domanda.

Data.....

Cognome e Nome.....

Firma .....