

DEL COMUNE DI \_\_\_\_\_

**OGGETTO-CASELLARIO DELL'ASSISTENZA - Dichiarazione.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ Tel./Cell \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

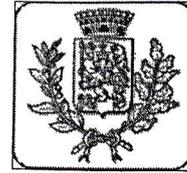
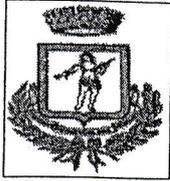
**ai sensi e per gli effetti di cui al D.P.R. n. 445/2000:**

di essere a conoscenza, che, in data 25 marzo è entrato in vigore il Decreto 206/2014 che disciplina l'attuazione presso l'INPS del casellario dell'assistenza e che a tal fine il Comune è obbligato a trasmettere telematicamente all'INPS i i dati relativi ai benefici percepiti dallo stesso e dai i componenti del proprio nucleo familiare.

Il,

\_\_\_\_\_ Firma

*Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole di quanto prescritto dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, nonché sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui all' art 47 del medesimo D.P.R. 445/2000. Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematico, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. E' informato/a, inoltre, che il conferimento dei dati è necessario per la determinazione del contributo e che l'eventuale rifiuto a fornirli o ad acconsentire il loro successivo trattamento, comporta l'impossibilità da parte dell'Ente di dar corso alla domanda.*



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

Ambito territoriale Cammarata - Casteltermini - San Giovanni Gemini

**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D4**

c/o **UFFICIO Servizi Sociali**

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

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_  
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 – 2 annualità** – 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.

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, carta SIA - REI;
7.  Di essere cittadino immigrato, maggiorenni, 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 sottoscritto interessato, acquisite le informazioni fornite dagli Enti titolari del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003 (Regione e Comune) e 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.

La data.....

Cognome e Nome.....

Firma .....