



Allegato C

Ufficio Servizi Sociali

Comune di _____

Il sottoscritt _____, nat a _____

_____ il _____, residente a _____

_____ via _____ n. _____,

CF _____ telefono _____ email _____

CHIEDE

di poter attuare l'attività di **TIROCINIO** di Inclusion sociale e lavorativa previsto all'interno del Programma Operativo Nazionale (PON) di "Inclusione Sociale"

A tale scopo, consapevole delle sanzioni anche penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dagli articoli 75 e 76 DPR 445/2000. A Tal fine

Dichiara

(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)

- di essere in possesso del seguente titolo di studio _____ conseguito il _____ presso _____
di essere a conoscenza che il corso di 360 ore è stato autorizzato dalla Regione Autonoma della _____
- di essere beneficiario di REI oppure di Reddito di Cittadinanza;
- che nel nucleo familiare NESSUN componente svolge attività lavorativa subordinata dal _____ (indicare la data del componente familiare con periodo di disoccupazione più lungo);
- nucleo in cui almeno uno un componente svolge attività lavorativa subordinata con un impiego settimanale superiore a 20 ore
- Di NON beneficiare o aver beneficiato, nel corso dell'anno 2019 di forme identiche o similari di inclusione (esempio Servizio civico comunale);



- Che il reddito ISEE del proprio nucleo familiare in corso di validità è di € _____

Nucleo familiare:

- Nucleo Monogenitoriale
 Numero minori presenti nel nucleo familiare _____
 Nessun Minore

Condizioni di disabilità e non autosufficienza

- Che nel nucleo familiare è presente un disabile con certificazione di cui alla L.104/92 art 3 comma 3 o invalidità civile con accompagnamento;
 Che nel nucleo familiare sono presenti n. 2 disabile con certificazione di cui alla L.104/92 art 3 comma 3 o invalidità civile con accompagnamento;

Condizione abitativa

- Il Nucleo familiare vive in casa di proprietà o comodato d'uso gratuito
 Il Nucleo familiare vive in casa in locazione
 Il Nucleo familiare è soggetto a sfratto esecutivo per morosità incolpevole o a azioni per risoluzione del contratto di mutuo.
 Il nucleo familiare è privo di dimora familiare

dichiara, altresì, che quanto sopra indicato corrisponde a verità e di essere a conoscenza che il Comune di Olbia potrà accertarne la veridicità ai sensi di quanto previsto all'art. 71 del DPR 445/2000.

Allegati:

- Copia di un documento di identità in corso di validità
- Copia del codice fiscale.

N. B. leggere e sottoscrivere l'informativa sul trattamento dei dati nell'ultima pagina

_____ li _____

Firma _____



INFORMAZIONE E ACCESSO AI DATI PERSONALI
Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.

Il/ La sottoscritto/a _____ esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Olbia li _____

Firma per accettazione
