

**OGGETTO: Domanda Servizio Civico Comunale anno 2024**

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

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

telefono n° \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter svolgere per l'anno 2024 il Servizio Civico presso questo Comune nel seguente ambito:

- servizio di accompagnamento scuolabus
- servizio di pulizia di immobili di proprietà comunale

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del succitato D.P.R.; ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

- di essere residente nel Comune di Palmariggi;
- di possedere una Situazione Economica Equivalente (ISEE) non superiore ad € 7.500,00;
- di essere disoccupato;
- di avere un 'età compresa tra il 18° ed 65° anno;
- di non beneficiare contemporaneamente, alla data di presentazione della domanda, per se stesso e ciascun componente del proprio nucleo familiare, di alcun'altra forma di sussidio da parte del Comune né di altri interventi di inclusione sociale o sostegno al reddito (ad es. Reddito di Inclusione, Reddito di Dignità, supporto per la formazione e lavoro).
- che il proprio nucleo familiare è composto dalle seguenti persone:
  - 1)
  - 2)
  - 3)
  - 4)
- di essere l'unico componente del nucleo familiare ad aver presentato l'istanza.

che l'ISEE è pari ad € .....

di essere in condizione di invalidità riconosciuta da commissione medica per l'accertamento e rilasciata dal competente centro medico legale dell'INPS (barrare solo se posseduta);

di possedere esperienza pregressa nell'ambito del servizio scelto:

(Indicare Anni e luoghi in cui il servizio scelto e' stato prestato)

---

---

---

di avere figli a carico n.....

Si allega:

- Attestazione ISEE in corso di validità
- Copia documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale
- Documentazione attestante condizione di invalidità riconosciuta da Commissione medica INPS (solo se ricorre tale condizione)

Palmariggi, li \_\_\_\_\_

FIRMA

---