COMUNE DI Sr\*'rTTA ZANCLEA - Prot 0004522 del 17/06/2024 Tit I CI 1 Fasc



AREA OMOGENEA DISTRETTUALE N. 2 Comune Capofila Pagliara

Furci Siculo - Roccalumera - Mandanici -Nizza di Sicilia - Fiumedinisi - Ali Terme - Ah - ltala - Scaletta Zanclea.

Al Sig. Sindaco

COMUNE DI

Il/La sottoscritto/a nato/a

(\_\_) il / I Residente a ) in via n.

Codice Fiscale *.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../..*

in qualità di telefono

CHIEDE

di partecipare al progetto di Servizio Civico attuato clan' A.O.D. n.2 Comune capofila Pagliara:

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere,

di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.K. n. 445 del 28.12.2000)

* Di essere nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( ME) in Via

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* Di godere dei diritti civili e politici;
* Di essere privo di occupazione stabile;
* che il proprio nucleo familiare convivente è così costituto

COMUNE DI SCATPTTA ZANCLEA - Prot 0004522 del 17/06/2024 Tit I CI I Fase

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr. | Cognome e Nome | Luogo di nascita | Data di nascita | Rapporto di parentela |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |

* che il proprio nucleo familiare, nella totalità dei suoi componenti, ha una
* condizione economica ISEE in corso di validità non superiore a C 6.809,79;
* che nel proprio nucleo familiare è presente un componente con disabilità dal 75% al 10O%;

A tal fine allega:

1. dichiarazione sostitutiva ISEE relativa al reddito del nucleo familiare, in corso di validità;
2. documentazione attestante eventuale disabilità certificata;
3. certificato medico curante attestante l'idoneità fisica;
4. fotocopia del documento d'identità, in corso di validità.
* Il sottoscritto autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del D.I,gs. n. 196/2003.

Data,

Firma

2