



# DISTRETTO SOCIO SANITARIO 47

*Comuni di Augusta e Melilli*

## ALLEGATO A

### DOMANDA PER L'EROGAZIONE DEI TIROCINI DI INCLUSIONE SOCIALE.

Spett.le Distretto Socio Sanitario 47 - Comune di \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_,

nat \_\_\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_),

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_)

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

recapito telefonico \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

**(Si precisa che i recapiti sopraindicati saranno quelli utilizzati per tutte le comunicazioni inerenti il presente bando. Si chiede di comunicare tempestivamente eventuali variazioni).**

#### CHIEDE

di essere ammesso alla selezione per l'assegnazione di tirocini di inclusione sociale cui all'Avviso Pubblico del Distretto Socio Sanitario n° 47.

A tal fine dichiara ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 sotto la propria responsabilità, consapevole del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia:

- di essere residente nel Comune di Augusta/Melilli da almeno sei mesi al momento di presentazione della domanda
- di essere inoccupato o disoccupato da almeno sei mesi, al momento di presentazione della domanda;
- di essere beneficiario di Assegno di Inclusione
- di appartenere a nuclei e individui in simili condizioni di disagio economico (ISEE pari o inferiore a € 9.360,00);

\_\_\_\_\_ (SR), il \_\_\_\_\_

*In fede*

\_\_\_\_\_  
*Firma del candidato*



# DISTRETTO SOCIO SANITARIO 47

*Comuni di Augusta e Melilli*

**(Autorizzazione al trattamento dei dati personali).**

Il/La sottoscritto/a in merito al trattamento dei dati personali, esprime il consenso al trattamento degli stessi nel rispetto delle finalità e modalità di cui alla L. 675/1996 e ss.ii.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76(L) del T.U. n. 445 del 28.12.00 sulle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, dichiara sotto la propria personale responsabilità che quanto riportato nella presente domanda, risponde a verità.

***Si allega:***

- dichiarazione sostitutiva unica in corso di validità resa ai sensi del D.Lgs. n. 109/98 e s.m.i. (ISEE) relativa al reddito dichiarato dal nucleo familiare o attestazione di indigenza secondo quanto riportato al comma 2 dell'art. 2 del presente avviso;
- Curriculum Vitae;
- eventuale Piano Formativo Individuale già sottoscritto dal candidato, dal datore di lavoro o rappresentante dell'impresa e dal tutor, corredato dal documento di riconoscimento di tutti i firmatari;
- Dichiarazione di Immediata Disponibilità al lavoro (DID) rilasciato dal competente Centro per l'Impiego comprovante lo stato di disoccupazione;
- copia del documento di identità in corso di validità.

\_\_\_\_\_ (SR), il \_\_\_\_\_

**In fede**

\_\_\_\_\_ Firma del candidato