All’Ufficio Servizi Sociali

 COMUNE DI PALMARIGGI

**OGGETTO: Domanda Servizio Civico Comunale anno 2025**

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 2025 il Servizio Civico presso questo Comune nel seguente ambito:

❒ servizio di accompagnamento scuolabus

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 € 10.140,00;

❒ 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 avere figli a carico n………..

❒ 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);

Si allega:

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

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

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_