



**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D4
CASTELTERMINI (AG)**

Ambito territoriale . Casteltermini – San Giovanni Gemini - Cammarata

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D4

Per il tramite dello sportello sociale

Comune di _____

Il sottoscritt _____ nat _____ a _____
il _____ residente _____ Via _____ n. _____
tel. _____ **(da indicare obbligatoriamente al fine di essere contattati)**

CHIEDE

Di partecipare alla selezione per l'inserimento lavorativo distrettuale quale alternativa agli interventi di assistenza economica per:

- a) cittadini maggiorenni che trovano difficoltà ad inserirsi in modo adeguato nel contesto sociale e lavorativo del territorio, in possesso dei requisiti previsti dal regolamento distrettuale del servizio civico;
- b) cittadini maggiorenni con difficoltà seguiti dai vari Servizi Sociali (comunali e non), tramite segnalazione motivata da parte del servizio inviante, d'intesa con il servizio sociale comunale di competenza;
- c) cittadini immigrati, maggiorenni, comunitari ed extracomunitari residenti nel distretto;

A tal fine

DICHIARA

- 1. di non svolgere alcuna attività lavorativa autonoma o subordinata;
- 2. di non essere inserito utilmente nella graduatoria di servizio civico comunale, per l'anno corrente;
- 3. di essere disposti a svolgere attività di inserimento lavorativo a norma del Regolamento per l'accesso al beneficio;
- 4. di essere consapevoli che lo svolgimento di dette prestazioni non dà luogo all'instaurarsi di un rapporto di lavoro subordinato nei confronti del Comune, né di carattere pubblico né privato, né a tempo determinato né indeterminato, in quanto trattasi di impegno volontario e non ricorrente;
- 5. di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Servizio Sociale Comunale, qualsiasi mutamento dello stato di disoccupazione, entro il termine di trenta giorni dal suo verificarsi, a pena di decadenza del beneficio economico corrisposto o da corrispondersi;
- 6. che né il dichiarante, né i componenti del nucleo familiare usufruiscono di prestazioni assistenziali, assegni familiari, assegni di mantenimento, indennità di accompagnamento e rendite INAIL;
- 7. Di essere cittadino immigrato, maggiorenne, comunitario o extracomunitario residente in uno dei Comuni facenti parte del Distretto, da almeno un anno;
- 8. Di essere a conoscenza che l'atto di liquidazione del compenso dovuto verrà adottato entro trenta giorni dalla consegna dei fogli di presenza.

ALLEGA:

- Attestazione ISE, redatto ai sensi della nuova normativa vigente in materia;
- Fotocopia del documento di riconoscimento;
- Fotocopia codice fiscale;

Comune di _____

IL RICHIEDENTE / DICHIARANTE

Formula di acquisizione del consenso dell'interessato al trattamento dei propri dati personali

Il/la sottoscritta interessato, acquisite le informazioni fornite dagli Enti titolari del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003 (Regione e Comune), con la firma apposta alla presente scheda informativa, attesta il proprio consenso affinché i titolari procedano ai trattamenti dei dati personali per le finalità specifiche dell'intervento di cui alla presente domanda.

Data.....

Cognome e Nome.....

Firma