

ALL.1

Al Comune di PERDIFUMO (SA)

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO

TIROCINI-PROGRAMMA GOL (GARANZIA OCCUPABILITÀ LAVORATORI)

(con contestuale dichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

Residente in: _____ PROV(_____))

Via/Piazza: _____ n° _____

Recapito telefonico: _____

mail e/o pec: _____

Sotto la propria responsabilità e consapevole di quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e delle conseguenze di natura penale in caso di dichiarazioni mendaci

CHIEDE

Di partecipare all'Avviso Pubblico per l'ammissione ai "Tirocini - Programma GOL" per i seguenti profili:

- ☐ Addetto/a ai servizi di pulizia degli uffici (3 posti)
- ☐ Addetto/a ai servizi di manutenzione (16 posti)
- ☐ Addetto/a ai servizi di segreteria (2 posti)

E DICHIARA:

☐ di essere cittadino/a italiano/a;

- ☐ di essere cittadino di uno Stato Membro dell'Unione Europea (indicare quale) _____;
_____;
- ☐ di avere una età compresa tra i 18 e fino a 65 anni: (indicare anni compiuti) _____;
- ☐ di essere residente e/o domiciliato/a sul territorio della Regione Campania e precisamente (indicare indirizzo, provincia e regione) _____;
_____;
- ☐ di essere ALTERNATIVAMENTE, in possesso di almeno UNA delle seguenti situazioni barrare le caselle che interessano):
- ☐ *Beneficiario/a di ammortizzatori sociali in costanza di rapporto di lavoro* (le specifiche categorie di lavoratori sono individuate dalla legge di Bilancio 2022; indicare a quale categoria si appartiene): _____;
_____;
- ☐ *Beneficiario/a di ammortizzatori sociali in assenza di rapporto di lavoro* (disoccupati, percettori di NASPI o DIS-COLL – indicare a quale categoria si appartiene): _____;
_____;
- ☐ *Beneficiario/a di sostegno al reddito di natura assistenziale* percettori dell'Assegno di Inclusione;
- ☐ *Lavoratori fragili o vulnerabili:*
- ☐ giovani NEET (meno di 30 anni),
- ☐ donne in condizioni di svantaggio,
- ☐ persone con disabilità,
- ☐ lavoratori maturi (55 anni e oltre),
- ☐ persone che sono in carico o sono segnalate dagli enti che operano nel sistema dei Servizi Sociali o socio- sanitari e/o inserite in progetti /interventi di inclusione sociale;
- ☐ *Disoccupati senza sostegno al reddito:*
- ☐ disoccupati da almeno 6 mesi,
- ☐ altri lavoratori con minori opportunità occupazionali (giovani e donne anche non in condizioni di fragilità),
- ☐ lavoratori autonomi che cessano l'attività o con redditi molto bassi;
- ☐ *Lavoratori con redditi molto bassi (i cosiddetti working poor)* il cui reddito da

lavoro dipendente o autonomo sia inferire alla soglia dell'incapienza secondo la disciplina fiscale;

- ☐ Di autorizzare il trattamento dei propri dati personali ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. del 28.12.2000, n.445, è consapevole che la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

ALLEGA

1. Copia del documento di riconoscimento del richiedente;
2. Copia del modello ISEE in corso di validità.

Luogo _____

Data _____

IL/LA DICHIARANTE
