

**MODULO DI DOMANDA SERVIZIO CIVICO COMUNALE ANNO 2024**  
Tirocinio d'inclusione sociale e lavorativa – D.G.R. Lazio 511/2013

Al **Comune di Castel di Tora Via Don  
Sabino Gentili 1102020 Castel di  
Tora (RI)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a Castel di Tora, in via/p.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

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

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

CHIEDE

DI ESSERE AMMESSO AL SERVIZIO CIVICO ANNO 2024

ai sensi dell'Avviso Pubblico indetto dal Comune di Castel di Tora (RI)

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

che alla data di pubblicazione del bando, è in possesso di **tutti** i seguenti requisiti:

1. è residente nel Comune di Castel di Tora
2. ha un'età compresa tra i 18 anni compiuti ed i 65 anni non compiuti e comunque non è pensionato secondo la legislazione vigente
3. ha un valore ISEE, in corso di validità, non superiore a € 9.360,00
4. è disoccupato

5. non è beneficiario di alcuna indennità/assegno di disoccupazione riconosciuto a legislazione vigente
6. non beneficia di altra forma di intervento rivolto all'inclusione sociale e lavorativa di soggetti svantaggiati

**DICHIARA INOLTRE**, ai fini dell'assegnazione del punteggio:

1. che il proprio nucleo familiare è composto da nr. \_\_\_\_\_ componenti
2. che nel proprio nucleo familiare ci sono nr. \_\_\_\_\_ figli minori a carico
3. che trattasi di nucleo monogenitoriale con nr \_\_\_\_\_ figli minori a carico
4. che trattasi di persona sola di anni \_\_\_\_\_
5. che nel proprio nucleo familiare non sono presenti figli minori ma nr \_\_\_\_\_ figli maggiorenni conviventi

**DICHIARA** **INFINE** di accettare incondizionatamente tutto quanto previsto nell'Avviso Pubblico

ALLEGA

- copia di un documento di riconoscimento, in corso di validità
- copia codice fiscale
- copia del titolo di soggiorno per i cittadini stranieri non comunitari
- Attestazione ISEE in corso di validità
- eventuale certificazione sanitaria comprovante handicap o invalidità di familiari

Castel di Tora, lì \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a autorizza il Comune di Castel di Tora all'utilizzo dei propri dati ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del regolamento UE 2016/679 nell'ambito di quanto necessario all'istruttoria della presente domanda.

Castel di Tora, lì \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_