



# COMUNE DI GAVIGNANO

Città Metropolitana di Roma Capitale

C.A.P. 00030 Via Padre Angelo Cerbara, 80 – Tel. 06/9703033 – 06/9703333 – Fax 06/9703364

P.IVA: 02146471004 – Cod.Fisc. 87004660582 - C/C/P n. 27926005

Codice IBAN: IT 69 B 08327 39430 000000621525- [www.gavignano.rm.gov.it](http://www.gavignano.rm.gov.it)

Posta Certificata : [comunegavignano@interfreepec.it](mailto:comunegavignano@interfreepec.it) - E-mail : [comune@gavignano.rm.gov.it](mailto:comune@gavignano.rm.gov.it)

## Allegato A

Spett.le COMUNE DI GAVIGNANO

Ufficio Servizi Sociali

OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER L'ATTIVAZIONE DI N. 1 TIROCINIO DI INCLUSIONE SOCIALE (TIS) DESTINATO A PERCETTORI DI REDDITO DI CITTADINANZA (RDC) - QUOTA SERVIZI DEL FONDO POVERTÀ - ANNUALITÀ 2020 – CUP: D61H2000170003

LA/IL SOTTOSCRITTA/O: \_\_\_\_\_  
NATA/O A: \_\_\_\_\_  
IL: \_\_\_\_\_  
C.F.: \_\_\_\_\_  
RESIDENTE IN: \_\_\_\_\_  
TELEFONO: \_\_\_\_\_  
E-MAIL: \_\_\_\_\_

CHIEDE

DI PARTECIPARE ALLA PROCEDURA DI CUI ALL' AVVISO PUBBLICO RIVOLTO AI BENEFICIARI DEL REDDITO DI CITTADINANZA PER IL RECLUTAMENTO DI N. 1 TIROCINANTE

A tal proposito, essendo a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti in seguito al provvedimento emanato,

DICHIARA

- che quanto riportato nel presente documento e negli eventuali allegati a esso, corrisponde al vero;

- di avere un'età compresa tra i 18 e i 65 anni;
- di essere residente nel Comune di Gavignano;
- di avere il Reddito di Cittadinanza attivo alla data di pubblicazione del presente Avviso;
- di aver sottoscritto o essere in attesa di sottoscrivere un progetto personalizzato di presa in carico (PaIS) da parte del Servizio Sociale Professionale competente;
- di non essere già coinvolto in percorsi lavorativi, formativi e/o tirocini-borse lavoro.
- di essere di sana e robusta costituzione fisica per svolgere l'attività proposta nel Tirocinio.

DICHIARO INOLTRE

- di possedere una dichiarazione ISEE aggiornata di € \_\_\_\_\_;
- di essere disoccupato/inoccupato dal \_\_\_\_\_;
- di avere un nucleo familiare composto come indicato di seguito:

Nominativo	Grado di parentela	Data di nascita	Disabilità L. 104/92 - %

Di risiedere in un'abitazione:

- una casa di proprietà con mutuo in corso;
- soggetto a sfratto esecutivo per morosità o azioni per risoluzione del contratto di mutuo;
- una casa di proprietà;
- in affitto da privato, con contratto regolare;
- altro specificare \_\_\_\_\_;

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere informato/a ai sensi dell'art. 13 del Reg. (UE) 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

*Allegati:*

- 1. documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale;*
- 2. dichiarazione di immediata disponibilità al lavoro (DID);*
- 3. ISEE in corso di validità*
- 4. Certificato storico di disoccupazione aggiornato rilasciato dal Centro per l'Impiego e/o progetto personalizzato di presa in carico da parte dei Servizi Sociali*
- 5. Eventuale certificazione rilasciata dalla ASL attestante la propria disabilità o dei familiari conviventi*