

ALLEGATO C1
Spett.le
COMUNE DI SAN DONATO DI NINEA
C.da Cutura
87010 SAN DONATO DI NINEA

Manifestazione di interesse per la presentazione di percorsi di politiche attive, nelle modalità dei tirocini, rivolta agli Enti Pubblici a favore di soggetti precedentemente inseriti nel bacino dei percettori di mobilità in deroga della Regione Calabria- Domanda di partecipazione ex percettori di mobilità in deroga.

(Ai sensi del D.P.R. 445 del 28.12.2000)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome e nome)

nato a _____ (____) il _____
(luogo) (prov.) (data)

residente nel Comune di _____ (____)
(prov.)

in Via _____ n. _____, Cod. Fisc. _____

tel. _____ cell. _____ mail _____

consapevole di quanto prescritto in materia di dichiarazioni sostitutive dagli artt. 75 e 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000 sez. V capo III in relazione alla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione non veritiere, di informazione o uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di aver preso visione dell'Avviso Pubblico, di accettare tutte le relative prescrizioni, norme ufficiali e leggi vigenti che disciplinano la procedura in oggetto e di accettare, senza riserva alcuna, tutte le condizioni ivi riportate;
- di essere residente in Calabria;
- di non aver riportato alcuna condanna, anche non definitiva, per reati non di tipo colposo, e di non avere procedimenti penali in corso ;
- di essere disoccupato ai sensi del D.Lgs. 14 settembre 2015, n. 150 entrato in vigore il 24 settembre 2015 e s.m.i.;
- di aver maturato un'anzianità di permanenza nel bacino dei percettori di mobilità in deroga, della regione Calabria, pari a n. _____ mesi dal _____ al _____¹;
- di essere disponibile a partecipare alle iniziative regionali di formazione, nell'ambito dei percorsi di qualificazione e/o riqualificazione, destinate al target individuato dalla presente Manifestazione d'interesse;
- di essere iscritto al Centro per l'impiego di _____.

¹ Indicare il numero di mesi di permanenza nel bacino rispetto ai quali si è percepito il trattamento di mobilità in deroga e specificare la data di inizio fruizione della prestazione di indennità di mobilità in deroga e data della cessazione.

- che il numero di familiari a carico è pari a _____ di cui n. _____ soggetti disabili;

Firma (*)

*Il/la sottoscritto/a esprime il consenso al trattamento dei dati personali nel rispetto delle finalità e modalità di cui al D. Lgs n.196 del 30/06/2003.

Luogo e data, _____

Firma

ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- Curriculum vitae del richiedente debitamente sottoscritto;
- Copia documento di riconoscimento in corso di validità.

Nota - Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, la dichiarazione è valida se accompagnata dalla copia di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità