

# Comune di Mazzarino

Provincia di Caltanissetta

Settore - Politiche Sociali

AL SIG. SINDACO  
DEL COMUNE DI MAZZARINO

**Oggetto: -Distretto Socio sanitario n. 9- Integrazione Piano di Zona 2013/2015-  
Azione 1 " Emergenze socio economiche - Assegno civico" Attività lavorativa  
presso strutture comunali e servizi di pubblica utilità.**

Il \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a Mazzarino in via \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ tel/cell \_\_\_\_\_

## CHIEDE

**Di essere ammesso/a ad usufruire del beneficio "Assegno Civico" mediante attività lavorativa presso  
strutture comunali, servizi di pubblica utilità, servizi socio assistenziali.**

A tal fine

## DICHIARA

(barrare le caselle corrispondenti)

*ai sensi e per gli effetti di cui all'art.46 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali  
nel caso di attestazione non veritiera e falsità negli atti:*

- Di essere cittadino italiano;
- Di essere cittadino straniero in possesso di carta di soggiorno o permesso di soggiorno di durata non inferiore ad un anno;
- Di essere residente a MAZZARINO da almeno 2 anni;
- Di aver preso visione dell'Avviso pubblico e di accettare tutte le disposizioni e condizioni in esso contenute;
- Di essere inoccupato dal \_\_\_\_\_
- Che il proprio reddito derivante dall'attestazione ISEE ( in corso di validità) ammonta a € \_\_\_\_\_

Che il proprio nucleo familiare è composto da n. \_\_\_\_\_ soggetti di cui: n. \_\_\_\_\_ minori, n° \_\_\_\_\_ disabili; n. \_\_\_\_\_ inoccupati

| Cognome e nome | Rapporto familiare | Nato a | Data di nascita | note |
|----------------|--------------------|--------|-----------------|------|
|                |                    |        |                 |      |
|                |                    |        |                 |      |
|                |                    |        |                 |      |
|                |                    |        |                 |      |
|                |                    |        |                 |      |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

- Di non svolgere alla data della presente istanza, alcuna attività lavorativa autonoma o subordinata;
- Che nessun componente familiare ha presentato istanza per lo stesso beneficio;
- Assenza di patologie e/o condizioni di salute che ostano lo svolgimento delle attività previste;
- Di essere a conoscenza che l'attività lavorativa del servizio "Assegno Civico" non costituisce in alcun modo rapporto di lavoro subordinato nè di carattere pubblico, né di carattere privato, né a tempo indeterminato, né a tempo determinato, in quanto trattasi di prestazioni a carattere assistenziale;
- Di essere a conoscenza che in caso di assenza, dal servizio civico, per malattia l'utente ha l'obbligo di produrre certificazione medica. Nel caso di ricovero ospedaliero l'utente dovrà produrre certificazione medica rilasciata dall'ospedale. I giorni di malattia debitamente documentati consentono all'utente di recuperare i giorni di assenza;
- Di impegnarsi a comunicare l'eventuale variazione della situazione reddituale e occupazionale entro 15 giorni dal suo verificarsi;
- Di impegnarsi a svolgere il servizio con diligenza e correttezza;
- Di essere a conoscenza che verranno pagate le giornate di effettiva presenza;
- Di essere a conoscenza che in caso di mancata presentazione, senza giustificati motivi, alla convocazione di inizio servizio l'ufficio procederà alla sua esclusione e all'ammissione dell'utente utilmente inserito in graduatoria.

**Il sottoscritto dichiara altresì, di essere consapevole che saranno eseguiti controlli diretti volti ad accertare la veridicità dei dati dichiarati avvalendosi dai servizi comunali e/o dagli enti erogatori previdenziali e/o dagli uffici del Ministero delle Finanze.**

I beneficiari le cui dichiarazioni risultino mendaci, oltre ad incorrere le sanzioni penali sono tenuti alla restituzione delle somme indebitamente percepite.

Alla presente istanza allega:

- ❖ **ISEE in corso di validità rilasciato dopo il 15 gennaio 2021;**
- ❖ **Certificazione attestante la disabilità, rilasciata dal S.S.N., del soggetto facente parte del nucleo familiare;**
- ❖ **Copia fronte retro di un documento di identità in corso di validità;**
- ❖ **Altro \_\_\_\_\_**

**Dichiara altresì** - di autorizzare il Comune al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e ss. mm. ii e Direttive Europee.

**Mazzarino** \_\_\_\_\_

**FIRMA**

---