



COMUNE DI CARSOLI

Provincia dell'Aquila
Piazza della Libertà, 1 – Tel.: 0863908300 Fax: 0863995412



Modulo di domanda per n° 4 borse lavoro per la realizzazione del "PROGETTO DI PROMOZIONE, INTEGRAZIONE E INCLUSIONE SOCIALE BORSE LAVORO DESTINATE AI CITTADINI SVANTAGGIATI": **assistenza scolastica a supporto e completamento del servizio di trasporto scolastico.**

**Al Sig. Sindaco del Comune di
CARSOLI (AQ)**

Il/La sottoscritt _____,
nat _____ il _____ a _____
(Prov. _____), Codice Fiscale _____, residente
in Carsoli, Via/Piazza _____ n. _____, recapito telefonico
_____/_____,

CHIEDE

Di essere ammesso alla selezione per l'assegnazione di n° 4 borse lavoro di cui all'Avviso pubblico "PROGETTO DI PROMOZIONE, INTEGRAZIONE E INCLUSIONE SOCIALE BORSE LAVORO DESTINATE AI CITTADINI SVANTAGGIATI" del Comune di Carsoli : assistenza scolastica a supporto e completamento del servizio di trasporto scolastico.

A tal fine dichiara, ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, sotto la propria responsabilità, consapevole del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia:

- ☐ Di essere residente nel Comune di Carsoli da almeno 1 (uno) anno;
- ☐ Di essere disoccupato/inoccupato dal _____ (indicare mese ed anno);
- ☐ Di essere iscritto presso il Centro per l'impiego di _____ dal _____ (indicare mese ed anno di iscrizione);
- ☐ Di possedere un indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), riferito al nucleo familiare, non superiore a € 7.500,00.
- ☐ Di non usufruire di altre forme di intervento economico (es. reddito di cittadinanza, pensione di cittadinanza, REI, Naspi, Cig, etc).

Dichiara altresì, ai fini dell'attribuzione dei punteggi :

- ☐ Che il proprio nucleo familiare è composto da n. ____ persone e che il carico di famiglia risulta essere il seguente:

Persone a carico	n. persone
Figlio minorenni o studente	
Coniuge o convivente more uxorio disoccupato	
Figlio maggiorenne fino a 26 anni se disoccupato o studente	
Figlio di qualsiasi età con invalidità oltre il 66%	
Fratello o sorella minorenni nei casi di mancanza dei genitori o con genitori entrambi disoccupati	
Fratello o sorella di qualsiasi età se invalido oltre il 66% in mancanza dei genitori o con genitori disoccupati	
Genitore o ascendente ultrasessantacinquenne a carico, o di età inferiore se invalido con percentuale di invalidità superiore al 66%	

- ☐ Che l'indicatore della situazione economica equivalente (I.S.E.E.) - in corso di validità - riferito al proprio nucleo familiare, è pari a € _____

Si allega:

- ☐ copia del documento di identità in corso di validità;
- ☐ dichiarazione sostitutiva unica, in corso di validità, resa ai sensi del D.Lgs n. 109/98 e s.m.i. (ISEE);
- ☐ (Eventuale) certificazione attestante la presenza di soggetti con handicap permanente grave o invalidità superiore al 66%, secondo certificazione rilasciata dalla competente Autorità Sanitaria.

Carsoli _____

In fede

Firma del candidato