

## Allegato C1

Comune di San Pietro a Maida  
Ufficio Servizi Sociali  
88025 San Pietro a Maida ( CZ )

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. del D.P.R. 445 del 28.12.2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ ( ) in via \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_\*;
- 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 \_\_\_\_\_
- 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 ei 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:

Firma

\_\_\_\_\_