ALLEGATO B

SPETT.LE COMUNE DI ACQUAVIVA COLLECROCE
PIAZZA NICOLA NERI N.1
86030 ACQUAVIVA COLLECROCE (CB)

MODELLO DI DOMANDA

Il/La Sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____ residente a _____in via _____ n.____ prov. _____, C. F. _____,

CHIEDE

di essere ammesso/a alla selezione per la concessione di borsa lavoro di "ATTIVITÀ DI SERVIZI SOCIALI", indetta dal Responsabile del Servizio Tecnico del Comune di Acquaviva Collecroce con determinazione n.72/RG del 24.03.2026.

A tale fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e successive modificazioni ed integrazioni,

DICHIARA

- che il proprio nucleo familiare, incluso il sottoscritto, è così composto, con l'indicazione dello stato di occupazione:

N.	Cognome	Nome	Data di nascita e luogo	Indicare se Occupato o Disoccupato	Grado di parentela

- che nel nucleo familiare (compreso il sottoscritto) sono presenti:

- le seguenti persone con disabilità permanente:

_____

_____

- le seguenti persone con invalidità (indicare percentuale):

_____

_____

_____

- che sono a carico del sottoscritto le seguenti persone del proprio nucleo familiare (indicare parentela a lato):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

- di essere idoneo all'impiego;
- di essere residente nel Comune di Acquaviva Collecroce;
- di essere disoccupato alla data di scadenza dell'Avviso.
- di non essere percettore di reddito di cittadinanza e/o sussidi di disoccupazione;
- di possedere la Patente di guida B;
- di possedere l'abilitazione all'utilizzo di decespugliatore
- di possedere l'abilitazione all'utilizzo di macchina operatrice – minipala;

Si allegano alla presente (barrare gli allegati)

- ☐ Copia documento d'identità;
- ☐ Attestazione ISEE 2026 relativa ai redditi dell'anno 2024 e relativa situazione patrimoniale.
- ☐ Certificato medico attestante la propria idoneità fisica all'impiego;
- ☐ Copia della Patente di guida B;
- ☐ Copia del certificato o dei certificati di invalidità;
- ☐ Altro (specificare)_____

FIRMA

_____

Si autorizza la raccolta dei dati, per l'accesso alla selezione per borse lavoro di cui trattasi, ai sensi dell'art. 13 del Decreto legislativo n. 196/2003.

FIRMA

_____