

Al
Comune di Campofornido
Largo Municipio, 9
33030 CAMPOFORMIDO (UD)

**OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE A PROGETTO DI LAVORATORI SOCIALMENTE UTILI AI SENSI DELL'ART. 10 DELLA LEGGE REGIONALE 30/12/2011, N. 18 – ANNO 2015.
(D.P.Reg. n. 64/Pres. del 24/03/2015 – Decreto n. 3633/LAVFORU)**

PROGETTO: ATTIVITA' AMMINISTRATIVA

Il/La sottoscritta _____
nato/a a _____ (prov. _____) il _____
residente a _____ Via _____
n. _____ Codice Fiscale _____
Tel. n. _____ Cell. n. _____

PRESENTA DOMANDA

Per partecipare al progetto di lavoro socialmente utile denominato "**ATTIVITA' AMMINISTRATIVA**", per la durata prevista **di 39 settimane**.

A tal fine

Il/La sottoscritto/a, consapevole che le dichiarazioni mendaci comportano l'applicazione delle sanzioni previste dall'art. 496 del Codice Penale e dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, nonché la decadenza dai benefici eventualmente concessi sulla base di dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. medesimo,

DICHIARA

- di essere residente nel Comune di _____
- di trovarsi nella seguente posizione, con riferimento al trattamento previdenziale percepito (indicare l'alternativa che ricorre):
 - lavoratore posto in cassa integrazione guadagni sospeso a zero ore e titolare del relativo trattamento, presso l'Azienda _____
con sede nel Comune di _____ (Prov. _____);

- lavoratore posto in mobilità e titolare del relativo trattamento;
- lavoratore titolare del seguente trattamento speciale di disoccupazione:

- che il trattamento previdenziale percepito ha decorrenza dalla data del _____ e termina alla data del _____;
- di essere in possesso del seguente titoli di studio:

- di essere a conoscenza che l'occupazione nei lavori socialmente utili non costituisce l'instaurazione di un rapporto di lavoro dipendente ma comporta solo un'assicurazione presso l'INAIL contro gli infortuni sul lavoro nonché di responsabilità civile e non comporta la sospensione e la cancellazione dalle liste di collocamento o dalla lista di mobilità;
- di essere a conoscenza che per i beneficiari di trattamenti previdenziali il rapporto non potrà protrarsi oltre la scadenza del periodo di percepimento del trattamento previdenziale;

Data, _____

Firma del/della richiedente

Il/la sottoscritto/a autorizza ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003 n. 196 (codice in materia di protezione di dati personali) il trattamento dei dati personali, compresi quelli sensibili, contenuti nella presente domanda, da parte del Comune e dagli Enti che forniscono alla stessa semplici servizi elaborativi ovvero svolgono attività funzionali.

Data, _____

Firma del/della richiedente

Allegare:

- fotocopia documento d'identità in corso di validità;
- fotocopia attestazione rilasciata dalla ditta attestante il periodo di durata della CIGS ovvero dichiarazione dell'Agenzia del Lavoro attestante la condizione di mobilità con indennità ovvero da parte dell'INPS del trattamento speciale di disoccupazione con relativa durata.