



SERVIZIO ASSOCIATO POLITICHE SOCIALI COMUNE DI _____

Prot. n° ___ del _____

**RICHIESTA DI AMMISSIONE AL BENEFICIO PER PERSONE DISOCCUPATE E/O INDIGENTI
SELEZIONE DI OPERATORI SOCIALI E DONNE IN STATO DI DIFFICOLTA'**

* la compilazione dei campi contrassegnati con l'asterisco è OBBLIGATORIA

DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE – Compili gli spazi

La Sottoscritta, *Cognome _____

***Nome** _____ ***Nata il** ___/___/___

*a _____ Prov. _____ ***Nazione** _____

*C. Fiscale ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___ ***Cittadinanza** _____

*Residente nel Comune di _____

*Provincia _____ Codice Avviamento Postale ___/___/___/___

*Indirizzo _____ ***N°** ___/___

RECAPITO TELEFONICO / E-MAIL – Compili gli spazi per ricevere eventuali informazioni relative alla sua pratica

Telefono _____ Cellulare _____

E-mail _____ Fax _____

CHIEDE

Nell'ambito del Progetto "Rete di Solidarietà del Reventino" finanziato dalla Regione Calabria tramite la L.R. 23/03, di essere impegnata temporaneamente nei servizi di assistenza domiciliare destinato alle persone in difficoltà.

- ◆ A tale scopo, sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 445/2000;

DICHIARA:

- ◆ di possedere un I.S.E.E. Pari ad *€ _____ (riferito ai redditi anno 2013);
- ◆ di essere disponibile all'impiego temporaneo nei servizi di assistenza domiciliare per anziani;
- ◆ di trovarsi in condizioni di grave disagio sociale per i seguenti motivi:

↓ (*spuntare)	
<input type="radio"/>	Non occupata o con reddito basso;
<input type="radio"/>	Ragazza madre o madre separata o gestante senza sostegno economico.
<input type="radio"/>	Vedova.
<input type="radio"/>	Coniugata con coniuge disoccupato, detenuto, ammalato grave.
<input type="radio"/>	Immigrata con regolare permesso di soggiorno in una delle condizioni sopra specificate, con difficoltà di integrazione sociale.
<input type="radio"/>	Numero figli _____.

Per ulteriori informazioni rivolgersi al Comune Servizi Politiche Sociali

Autorizza il Comune di _____ al trattamento dei dati personali solo ai fini istituzionali e necessari per l'espletamento del procedimento amministrativo relativo alla presente domanda, ai sensi del D.Leg.vo 196/2003 .

 **IMPORTANTE:** Qualora la firma non sia apposta in presenza dell'Addetto alla ricezione è obbligatorio allegare copia di documento d'identità in corso di validità.

 **FIRMA - Apponga la sua firma quale sottoscrittore del presente modello**

Data di compilazione ___ / ___ / ___

Luogo _____

(Firma per esteso del sottoscrittore)