

Al Comune di
CAMPOBELLO DI MAZARA

Oggetto: istanza di ammissione al servizio civico. Anno 2026.

Il sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____ Cod.Fisc. _____
residente a **Campobello di Mazara** in via _____ n. _____
Tel. _____

CHIEDE

Di essere inserito nella graduatoria per il servizio civico:

(barrare una o entrambe le caselle)

- [] volontario (o non qualificato)
[] qualificato (in possesso di qualifica professionale come ad es. operario specializzato, elettricista, personale O.S.A., ecc.) specificare la qualifica.....

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi del D.P.R. 445/2000.

DICHIARA

1. di essere residente nel territorio comunale di Campobello di Mazara **da almeno un anno**;
2. di **non prestare attività lavorativa retribuita** e di essere iscritto nelle liste di disponibilità al lavoro presso l'agenzia del lavoro di _____ ;
3. che il proprio nucleo familiare non possiede un patrimonio mobiliare (depositi postali, bancari, ecc.) superiore al doppio dell'importo del proprio minimo vitale mensile né un patrimonio immobiliare che produca un reddito catastale superiore ad euro 50,00 o ad euro 1.000,00 nel caso sia l'unico immobile e venga utilizzato quale abitazione dei nucleo familiare;
4. di essere fisicamente idoneo/a allo svolgimento dell'attività riservandosi di produrre il relativo certificato di idoneità fisica rilasciato dal proprio Medico solo dopo l'eventuale chiamata nel servizio civico;

DICHIARA altresì

(barrare solo se ricorre il caso)

[] di rientrare nelle **categorie protette** previste dall'art. 23 del "Regolamento comunale per la disciplina degli interventi di assistenza economica e per l'attuazione dei relativi trattamenti" in quanto:

(barrare una delle seguenti caselle)

- [] soggetto sottoposto a provvedimenti dell'autorità giudiziaria;
[] soggetto ammesso o da ammettere a misura alternativa;
[] soggetto che segue programma di disintossicazione educativo tramite il SERT ai sensi dell'art. 22 comma 2 lettera h della legge 328/2000.

DICHIARA infine

(barrare solo una delle seguenti caselle)

- [] A) di non essere beneficiario (anche in riferimento al proprio nucleo familiare) di alcuna forma di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominata (indicativamente: Assegno di Inclusione, Naspi, Indennità di mobilità, CIG, pensione, ecc.);
oppure
[] B) (in alternativa al punto A) di essere beneficiario di Assegno di Inclusione o altra forma di sostegno pubblico denominata _____ per un importo mensile pari a € _____,
(specificare l'importo);

Ai fini dell'attribuzione del punteggio per la definizione della graduatoria

ATTESTA

la seguente situazione anagrafica e socio-economica del proprio nucleo familiare:

- che il proprio nucleo familiare è così composto:

N.	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela
1				Dichiarante
2				
3				
4				
5				

(barrare le caselle se ricorre il caso)

- di essere Persona sola di età non inferiore ai 45 anni;
- che nel proprio nucleo familiare il componente indicato al N. ____ è sottoposto a intervento sociale di recupero dalla tossicodipendenza;
- che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. ____ minori da 0 a 18 anni;
- che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. ____ studenti, in regola con il proprio corso di studi, di età compresa tra 18 anni e 26 anni;
- che nel proprio nucleo familiare vi è la presenza di minori con un solo genitore o chi ne fa le veci, specificare la causa dell'assenza _____ (per esempio: detenzione, accertata disgregazione del nucleo familiare ecc.);
- che nel proprio nucleo familiare il componente indicato al N. ____ è diversamente abile in situazione di gravità accertata ai sensi della legge 104/92;
- che nel proprio nucleo familiare il/i componente/i indicato/i al N. ____ è/sono disoccupato/i, licenziato/i, di età superiore ai 45 anni;
- che nel proprio nucleo familiare il/i componente/i indicato/i al N. ____ è/sono disoccupato/i, entro i due anni dal licenziamento, di età inferiore ai 45 anni;
- che nel proprio nucleo familiare il/i componente/i indicato/i al N. ____ è/sono portatore/i di malattie croniche e/o invalidità superiore al 66% e/o malattie psichiche che limitano l'attività lavorativa;
- che il proprio nucleo familiare vive in una sistemazione d'emergenza e/o coabita con altri nuclei familiari.

La presente istanza costituisce DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' AI SENSI DEGLI ARTICOLI 46 E 47 DEL DPR n. 445/2000 E S.M.I.

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI:

- copia di un valido documento di identità;
- attestazione reddituale in corso di validità (ISEE);
- documentazione circa la qualifica professionale posseduta o eventualmente autocertificazione resa ai sensi del DPR 445/2000 e s.m.i. dei servizi precedentemente effettuati (qualora si richiede l'accesso al servizio civico qualificato).

Campobello di Mazara lì _____

Firma del dichiarante _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto conferisce il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e del Regolamento UE 2016/679, ai fini della realizzazione delle azioni stabilite dalla L. 328/2000 e/o degli interventi sociali e sociosanitari competenti.

Campobello di Mazara lì _____

Firma del dichiarante _____