

DISTRETTO SOCIO SANITARIO RM 6.3

Sistema integrato di interventi e servizi sociali



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
RM 6

ASL RM 6

ALLEGATO B

Domanda di iscrizione nell'elenco delle persone interessate a svolgere attività di tirocinio extracurricolare del Distretto Socio-Sanitario RM6.3 rivolto a famiglie beneficiarie di RDC

Il/la sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

CF _____ e residente in Ciampino/Marino in Via/P.zza
_____ n° _____ SC _____

Telefono _____ Cellulare _____

Email _____

CHIEDE

di essere iscritto/a nell'elenco delle persone interessate a svolgere attività di tirocinio extracurricolare del Distretto Socio-Sanitario RM6.3 rivolto a famiglie beneficiarie di RDC

nelle seguenti sezioni:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Edilizia e impiantistica | <input type="checkbox"/> Ristorazione e Turismo |
| <input type="checkbox"/> Trasporti e logistica | <input type="checkbox"/> Servizi per la persona |
| <input type="checkbox"/> Attività artigianali | <input type="checkbox"/> Servizi Professionali |
| <input type="checkbox"/> Commercio | |

a tal fine, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'articolo del D.P.R. 445 del 28.12.2000, e della decadenza dei benefici eventualmente prodotti da provvedimenti emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

DICHIARA

- far parte di un nucleo beneficiario del Reddito di Cittadinanza in corso; il termine del beneficio è previsto indicativamente per il mese di _____;
- che l'importo mensile del Reddito di Cittadinanza percepito è di € _____;
- far parte di un nucleo in cui tutti i componenti in età da lavoro risultino disoccupati/inoccupati a norma di legge;
- aver sottoscritto il patto di servizio presso il centro per l'impiego o il patto per l'inclusione sociale presso il servizio sociale comunale
- aver preso visione dell'avviso di manifestazione di interesse e di accettarlo in tutte le sue parti

Dichiara altresì

- di essere invalido civile al _____%
- di essere in possesso di certificazione L.104/92
- di essere iscritto al collocamento speciale invalidi

Si allega

- curriculum vitae
- copia documento di identità
- Altro _____

_____, _____
luogo, data

FIRMA

Ai sensi del d.Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 679/2016 autorizza il trattamento delle informazioni fornite con la presente istanza per l'istruttoria e le verifiche necessarie.

_____, _____
luogo, data

FIRMA