ALLEGATO A

**MODULO DI DOMANDA**

**per l’ammissione al Servizio Civico Comunale – Prima applicazione**

*Al Signor Sindaco*

*del Comune di Aliminusa*

*Via Roma, n. 2*

*90020 – Aliminusa (PA)*

Il/La sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_) il \_\_ /\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a partecipare al Servizio Civico Comunale, ai sensi del vigente Regolamento approvato con deliberazione consiliare n. 13 del 19.06.2025.

A tal fine, consapevole delle responsabilità civili e penali previste in caso di dichiarazioni false, dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000:

* di essere residente nel Comune di Aliminusa da almeno un anno (ad eccezione di chi è rientrato per motivi di emigrazione);
* di trovarsi in stato di disoccupazione alla data di presentazione della domanda;
* di avere un’età compresa tra i 18 anni e l’età pensionabile;
* di essere in possesso di idoneità psico-fisica allo svolgimento delle attività previste dal Servizio Civico;
* di essere eventualmente in possesso della seguente qualifica professionale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere consapevole che l’attività di Servizio Civico ha carattere temporaneo, assistenziale e non costituisce rapporto di lavoro;
* di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) esclusivamente per le finalità connesse al presente procedimento.

Allega alla presente domanda:

1. Copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
2. Certificato medico del medico curante attestante l’idoneità psico-fisica;
3. Attestazione ISEE 2024 comprensiva di DSU;
4. Eventuale attestato di qualifica professionale (ove posseduto).

Aliminusa, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(non è richiesta autenticazione della firma ai sensi dell’art. 38, comma 3, del D.P.R. 445/2000)*