

All'Ufficio dei Servizi Sociali AOD n. 1

Comune di _____

SEDE

Il/La sottoscritt__ : cognome _____ nome _____

Comune di nascita _____ prov. _____

Data di nascita _____ Codice fiscale _____

Indirizzo _____

Comune _____ prov. _____ CAP _____

Telefono _____

Documento _____ N° _____

Rilasciato da _____ Scadenza _____

C H I E D E

Di essere inserito nel progetto "Spazio lavoro" Prima Annualità, essendo priv__ di risorse personali e/o familiari.

A tale fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

D I C H I A R A

Di essere, ai sensi del Decreto Legislativo 181/2000 e ss.mm.ii.

Inoccupat__

Disoccupat__

Allega la seguente documentazione:

1. Attestazione ISEE in corso di validità;
2. Eventuale documentazione comprovante lo stato di bisogno e di disagio;
3. Copia di documento di riconoscimento in corso di validità;

Il richiedente autorizza, altresì, il Distretto Socio Sanitario N. 30 ad utilizzare i dati contenuti nella presente richiesta per le finalità previste dalla legge, nonché per elaborazioni statistiche da svolgere in forma anonima e per eventuale pubblicazione degli esiti, il tutto nel rispetto nei limiti posti dalla Legge 675/96 e successive modifiche ed integrazioni.

lì,

FIRMA