

**Domanda di partecipazione al servizio civico in favore della collettività annualità 2024**

Il/La sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... Provincia di ..... il .....  
e residente nel comune di Sclafani Bagni - Via/Piazza ..... n. ....  
Tel. .... PEO ..... PEC .....  
Codice Fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**CHIEDE**

di essere ammesso/a alla graduatoria del servizio civico in favore della collettività annualità 2024.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 consapevole delle sanzioni civili e penali in cui si incorre in caso di dichiarazioni mendaci (articolo 76)

**DICHIARA**

che il proprio nucleo familiare è composto dalle seguenti persone:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Codice fiscale	Rapporto di parentela

che nell'anno 2023 il/la sottoscritto/a e i seguenti componenti del proprio nucleo familiare ha/hanno lavorato – a qualunque titolo – nei seguenti periodi:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Periodi di lavoro anno 2023
		dal _____ al _____
		dal _____ al _____
		dal _____ al _____
		dal _____ al _____

che il/la sottoscritto/a e i seguenti componenti del proprio nucleo familiare è/sono titolare/i di misure di sostegno pubblico al reddito o di programmi economici-assistenziali:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Tipologia sostegno	Misura del sostegno

Dichiara altresì:

- di essere residente nel comune di Sclafani Bagni dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;
- di essere disoccupato/a o inoccupato/a;
- di essere/non essere fiscalmente a carico del nucleo familiare di origine;
- che il coniuge è detenuto/a o agli arresti domiciliari;
- di essere in stato di vedovanza o separazione legale;
- di essere ragazza/o madre/padre;
- di essere seguito/a dai servizi sociali.

Sclafani Bagni, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il dichiarante

---

Si allega:

- attestazione I.S.E.E. in corso di validità del nucleo familiare;
- copia fotostatica del documento di identità in corso di validità.

Sclafani Bagni, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il dichiarante

---