

COMUNE DI PAGLIARA
(Città Metropolitana di Messina)

BORSE LAVORO COMUNALI 2026

Al Signor Sindaco del Comune di
Pagliara

Il / La sottoscritto/a nato/a il
a e residente in
via n. tel. cellulare.....
codice fiscale

CHIEDE

di essere ammesso/a alla borsa di lavoro comunale

A tal fine allega:

- 1) **attestazione ISEE;**
- 2) **modello A** = dichiarazione attestante il percepimento di eventuali interventi assistenziali (pensione sociale, indennità di accompagnamento, rendite Inail, eventuali contributi economici a carattere ordinario, straordinario o continuativo erogati dall'Amministrazione Comunale di appartenenza);
- 3) **modello B** = dichiarazione attestante eventuale attività lavorativa e/o altre situazioni problematiche;
- 4) **fotocopia documento d'identità in corso di validità.**

Data.....

Firma del Richiedente

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000, è obbligo apporre la firma davanti ad un pubblico Ufficiale o allegare copia di un documento di identità in corso di validità .

Trattamento dati personali:

I dati personali forniti saranno raccolti presso il Comune per le finalità di gestione della richiesta. Il trattamento dei dati personali raccolti è finalizzato, nei modi leciti e secondo correttezza per un tempo non superiore a quello necessario per l'espletamento di funzioni istituzionali e di compiti attribuitigli dalla legge e dai regolamenti.

Titolare del trattamento è il Sindaco del Comune di Pagliara

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI*(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)*

Il/La sottoscritto/a _____
 nato/a il _____ a _____
 residente a _____ in Via/Piazza _____ n° _____

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali, nel caso di false attestazioni, di formazione e uso di atti falsi, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 DPR. n° 445/2000)

DICHIARA CHE

nell'anno 2025 unitamente agli altri componenti il proprio nucleo familiare

Non ha fruito di interventi assistenziali (pensione sociale, indennità di accompagnamento, rendite Inail, eventuali contributi economici a carattere ordinario, straordinario o continuativo erogati dall'Amministrazione Comunale di appartenenza, etc.).

Ha fruito dei seguenti interventi assistenziali:

Cognome	Nome	Relazione parentela col dichiarante	Pensione Sociale €	Ind. Accomp. nto €	Rendita Inail €	Altro €

Totale _____

Dichiara, altresì, di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

DATA

Il/La Dichiarante

La presente dichiarazione non necessita dell'autentica della firma (art.46, DPR 445/2000) e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti in virtù del provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera (art.75, DPR 445/2000).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

residente a _____ in Via/Piazza _____ n° _____

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali, nel caso di false attestazioni, di formazione e uso di atti falsi,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000, che nell'anno 2024 il sottoscritto e i componenti il proprio nucleo familiare hanno lavorato nei seguenti periodi.

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

Cognome	Nome	Data di Nascita	Rapporto di Parentela	Periodi Lavorativi
				dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____
				dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____
				dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____

Dichiara altresì che:

(segnare quanto interessa)

 il proprio coniuge convivente è :
(allegare documentazione)

 detenuto/a

 agli arresti domiciliari

 il/la sottoscritta è :

 vedovo/a

 separato/a legalmente

 ragazzo/a padre/madre

 il/la sottoscritto/a ha non ha prestato attività lavorativa negli ultimi due mesi;

 il/la sottoscritto/a ha non ha all'interno del nucleo familiare un componente avente invalidità civile (da 46% al 74%) per la quale non si percepisca pensione;

 il/la sottoscritta è non è soggetto ex tossicodipendenti ,ex alcolisti, munito di adeguata certificazione rilasciata dagli appositi servizi sanitari;

 il/la sottoscritta è non è soggetto appartenente a nucleo familiare che abbia al proprio interno uno o più portatori di handicap (legge 104/92);

Dichiara, infine, di essere a conoscenza che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa .

DATA**Il/La Dichiarante**

La presente dichiarazione non necessita dell'autentica della firma (art.46, DPR 445/2000) e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti in virtù del provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera (art.75, DPR 445/2000).