Al sig. SINDACO

del Comune di **OLIVETO CITRA**

**Oggetto: disponibilità a svolgere lavoro occasionale ai sensi del decreto dirigenziale 85/2015
 Regione Campania.**

Il/la richiedente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
indirizzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
dichiara la propria disponibilità a svolgere per il Comune di OLIVETO CITRA lavoro occasionale ai sensi
del decreto dirigenziale 85/2015 Regione Campania, remunerato con voucher del valore di €
10,00 lordi , con utilizzo preferenzialmente nelle seguenti aree di attività:
- lavori di giardinaggio e verde pubblico
- lavori di pulizia e manutenzione di edifici, strade, parchi e monumenti di proprietà comunale;
- lavori in occasione di manifestazioni sportive, culturali, caritatevoli;
- lavori di emergenza;
- attività lavorative aventi scopi di solidarietà sociale;

Il/la richiedente è consapevole del fatto che lo svolgimento del lavoro accessorio non dà diritto alle prestazioni a sostegno del reddito INPS ma è riconosciuto ai fini contributivi e che tale impiego temporaneo non determina per i beneficiari alcuna aspettativa di accesso agevolato alla Pubblica Amministrazione.
A tal fine, ai sensi del DPR 28/12/2000 nr. 445 artt. 46 e 47, consapevole che dichiarazioni false
o non corrispondenti al vero comportano responsabilità penali e l'attivazione d'ufficio del procedimento di decadenza dai benefici eventualmente ottenuti;

**DICHIARA**

a) di non essere beneficiario/a, nel corso del 2015, di alcuna indennità di disoccupazione e/o di altro sostegno al reddito;
b) di aver percepito ammortizzatori sociali in deroga negli anni dal 2012 al 31 dicembre 2015;
c) che il proprio nucleo familiare è così costituito (indicare i familiari a carico)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOME  | COGNOME | DATA DI NASCITA | LUOGO DI NASCITA |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Allega:
• copia documento di riconoscimento in corso di validità
• attestazione ISEE in corso di validità
 In fede
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_