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  
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_