

**DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER IL  
PROGETTO "AZIONI ANTI CRISI"  
(ai sensi della delibera della Giunta Comunale n. 54 del 22.09.2014)**

**All'Ufficio Servizi Sociali  
del Comune di FAGNANO OLONA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_,  
Nato a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_,  
Codice Fiscale (obbligatorio) \_\_\_\_\_,  
Residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
Comune di \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_ Provincia di Varese,  
Recapito telefonico (obbligatorio) \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

Di poter partecipare al progetto di cui al bando per l'inserimento nel progetto Azioni Anti Crisi anno 2014.

**D I C H I A R A**

Consapevole ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa e ai sensi degli artt. 75 e 77 delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci:

- Di essere cittadino italiano;
- Di essere cittadino di altro stato appartenente all'Unione Europea \_\_\_\_\_

**Oppure**

- Di essere cittadino di uno Stato non appartenente all'Unione Europea ed in possesso del Permesso di Soggiorno o di Carta di Soggiorno valida n. \_\_\_\_\_, rilasciata il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_.
- Di essere residente a Fagnano Olona;
- Di essere in possesso di una certificazione I.S.E.E. in corso di validità pari o inferiore ad € 7.746,86 il cui Indicatore della Situazione Economica Equivalente corrisponde ad € \_\_\_\_\_ come da Attestazione Prot. N. \_\_\_\_\_ rilasciata dall'INPS in data \_\_\_\_\_;
- Di trovarsi in condizione di difficoltà lavorativa dal \_\_\_\_\_, per uno dei seguenti motivi:
  - Aver concluso un contratto di lavoro a tempo determinato poi non rinnovato;
  - Licenziamento per riduzione del personale/chiusura azienda;
  - Cessazione attività – allegare idonea certificazione della CCIAA competente che attesti la cessata attività;41

- Di avere un nucleo familiare così composto:

	<b>NOME</b>	<b>PARENTELA</b>	<b>ETA'</b>	<b>INVALIDITA'</b>
<b>1</b>				
<b>2</b>				
<b>3</b>				
<b>4</b>				
<b>5</b>				
<b>6</b>				

- Di non essere percettore di ammortizzatori sociali (mobilità, indennità di disoccupazione,...);
- Di non essere in carico al S.I.L. e di non aver rifiutato un percorso di inserimento lavorativo proposto dai servizi;
- Di essere consapevole che potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000 diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni fornite anche tramite la Guardia di Finanza, Agenzia delle Entrate, Centro per l'Impiego,...;
- Di impegnarsi a produrre la documentazione integrativa che il Comune di Fagnano Olona riterrà necessario acquisire nei termini e modalità richiesti ai fini dell'istruttoria della domanda;
- Di impegnarsi a non presentare altre domande di contributo al Comune di Fagnano Olona se sarà ammesso al progetto, durante il periodo di svolgimento dello stesso.

Fagnano O., \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

---

**Alla presente dichiarazione si allega la seguente documentazione (barrare le voci che interessano):**

- copia lettera di licenziamento o di immissione in cassa integrazione, mobilità, attestazione INPS;
- copia comunicazione cessazione dell'attività nel caso di piccoli imprenditori;
- copia eventuale certificazione invalidità;
- copia del documento d'identità del sottoscrittore;
- per gli stranieri: copia permesso di soggiorno o carta di soggiorno.