

## ALLEGATO C1

**Spett.le**  
COMUNE DI BONIFATI  
– PROV. COSENZA

**Manifestazione di interesse per la presentazione di percorsi di politiche attive, nelle modalità dei tirocini, rivolta agli Enti Pubblici a favore di soggetti precedentemente inseriti nel bacino dei percettori di mobilità in deroga della Regione Calabria- Domanda di partecipazione ex percettori di mobilità in deroga.**

(Ai sensi del D.P.R. 445 del 28.12.2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_)  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, Cod. Fisc. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

consapevole di quanto prescritto in materia di dichiarazioni sostitutive dagli artt. 75 e 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000 sez. V capo III in relazione alla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione non veritiere, di informazione o uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità

### DICHIARA

- di aver preso visione dell'Avviso Pubblico, di accettare tutte le relative prescrizioni, norme ufficiali e leggi vigenti che disciplinano la procedura in oggetto e di accettare, senza riserva alcuna, tutte le condizioni ivi riportate;
- di essere residente in Calabria;
- di non aver riportato alcuna condanna, anche non definitiva, per reati non di tipo colposo, e di non avere procedimenti penali in corso ;
- di essere disoccupato ai sensi del D.Lgs. 14 settembre 2015, n. 150 entrato in vigore il 24 settembre 2015 e s.m.i.;
- di aver maturato un'anzianità di permanenza nel bacino dei percettori di mobilità in deroga, della regione Calabria, pari a n.6 mesi dal 01.07.2017 al 31.12.2017 (presumibilmente).
- di essere disponibile a partecipare alle iniziative regionali di formazione, nell'ambito dei percorsi di qualificazione e/o riqualificazione, destinate al target individuato dalla presente Manifestazione d'interesse;
- di essere iscritto al Centro per l'impiego di \_\_\_\_\_.
- che il numero di familiari a carico è pari a \_\_\_\_\_ di cui n. \_\_\_\_\_ soggetti disabili;

Firma (\*)

\_\_\_\_\_

\*Il/la sottoscritto/a esprime il consenso al trattamento dei dati personali nel rispetto delle finalità e modalità di cui al D. Lgs n.196 del 30/06/2003.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- Curriculum vitae del richiedente debitamente sottoscritto;
- Copia documento di riconoscimento in corso di validità