



**COMUNE DI TRECASTAGNI**

**Provincia di Catania**

Piazza Marconi - 95039 Trecastagni

[www.comune.trecastagni.ct.it](http://www.comune.trecastagni.ct.it)

tel. 095/7020011 -- fax 095/7020004

AL SIGNOR SINDACO  
DEL COMUNE DI TRECASTAGNI

Il sottoscritt \_\_\_\_\_

Nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in Trecastagni

Via \_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

CHIEDE

Di essere ammesso/a al PROGETTO “Potenziamento assistenza economica con assegno civico e di essere impiegato/a in lavori di pubblica utilità”.

A tal fine dichiara :

- Di essere residente nel Comune di Trecastagni.
- Di avere un'età di.....
- Che il proprio nucleo familiare si trova in uno stato di disagio per le seguenti motivazioni  
.....  
.....  
.....
- Che nel proprio nucleo familiare risultano a carico minori con la seguente età anagrafica:  
.....  
.....
- Che il proprio nucleo familiare e' famiglia monoparentale  
SI [ ] NO [ ]
- Che nel proprio nucleo familiare risultano a carico componenti con handicap in situazione di gravità art. 3 comma 3 L. 104/1992  
SI [ ] NO [ ]



**COMUNE DI TRECASTAGNI**

**Provincia di Catania**

Piazza Marconi - 95039 Trecastagni

[www.comune.trecastagni.ct.it](http://www.comune.trecastagni.ct.it)

tel. 095/7020011 -- fax 095/7020004

- Di essere l'unico componente del proprio nucleo familiare a presentare istanza in merito al presente progetto.
- Che il reddito familiare del proprio nucleo familiare nel periodo da gennaio 2022 alla data di presentazione dell'istanza e' stato di €.....
- Di non svolgere alcuna attività lavorativa e di essere disponibile a prestare la propria opera nella consapevolezza che in nessun caso detta prestazione potrà assumere il carattere di lavoro subordinato nei confronti dell'Amministrazione.
- Di essere percettore di Reddito di Cittadinanza

SI

NO

Allega:

- Certificato ISEE in corso di validità;
- Copia certificato disponibilità al lavoro;
- Copia Verbale L. 104/92 art.3 comma 3 (se ricorre il caso)
- Copia eventuale certificato Salute M. (se ricorre il caso)
- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità

Con osservanza

Trecastagni li .....

\_\_\_\_\_ firma

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del regolamento U.E. n. 679/2016, il/la sottoscritt\_ dichiara di aver preso visione dell'informativa pubblicata su <http://www.comune.trecastagni.ct.it/privacy> e dichiara di acconsentire al trattamento.

.....  
Firma