



## COMUNE DI TREVIGNANO ROMANO

Città Metropolitana di Roma Capitale

### DOMANDA DI CONCESSIONE BENEFICIO BORSA LAVORO ANNO 2024 Categoria "disabili/invalidi"

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a Trevignano Romano, via \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_, cell./ tel. \_\_\_\_\_ presa visione  
dell'avviso pubblico relativo all'assegnazione di borse di lavoro per l'anno 2024, con la presente rivolge istanza per  
essere inserit \_\_\_\_\_ nella specifica graduatoria

A tal fine, consapevole delle conseguenze in caso di dichiarazioni mendaci, DICHIARA sotto la propria responsabilità,  
ai sensi del DPR 445/2000, di essere (barrare la casella):

- Disoccupato dal \_\_\_\_\_
- Inoccupato (che non ha mai prestato servizio)

Iscritto al Centro per l'impiego di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Di essere munito di patente cat B:

- Sì
- No

Di voler essere inserito nell'area (barrare solo una delle due):

- manutentiva
- amministrativa

Di aver preso visione della informativa privacy adottata dal Comune di Trevignano Romano e pubblicata all'indirizzo  
<http://www.comune.trevignanoromano.rm.it/informativa-sul-trattamento-dei-dati-personali/> e di autorizzare l'Ente  
al trattamento dei propri dati personali per la procedura in oggetto.

In relazione all'impegno orario settimanale CHIEDE la riduzione a 15 ore :  SÌ  NO

Inoltre, al fine di ottenere lo specifico punteggio, DICHIARA:

- 1) Di essere in possesso di un ISEE familiare pari ad € \_\_\_\_\_ individuato con protocollo INPS  
\_\_\_\_\_ rilasciato in data \_\_\_\_\_ e valido sino al \_\_\_\_\_;
- 2) Di avere un grado di invalidità civile pari al \_\_\_\_\_ %;
- 3) Che, oltre sè stesso, nel proprio nucleo familiare sono presenti i seguenti soggetti disabili (indicare per  
ciascuno nome, cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Documentazione allegata a pena di esclusione:

- fotocopia del documento di identità in corso di validità;

#### Ulteriore documentazione richiesta:

- Per gli invalidi dal 75% al 100%: certificato del medico di medicina generale che attesti la residua capacità lavorativa;

Trevignano Romano, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_