

SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SCOLASTICA ANNO SCOLASTICO 2018/2019

Il/La _____ sottoscritto/a _____ nato/a _____
a _____ il _____, residente in Afragola (NA), alla
via _____ n° _____
cod. Fiscale _____ numero di tel/cell. _____ - _____

in riferimento all'avviso pubblico Servizio di "Sorveglianza scolastica 2018/2019" di questo Comune,
con la presente

CHIEDE

di poter partecipare alla selezione per lo svolgimento del Servizio di sorveglianza scolastica.

Pertanto, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000 11° 445, consapevole delle sanzioni previste dall'art.76 del medesimo DPR 445/00 per le ipotesi di falsità e dichiarazioni mendaci ivì indicate,

DICHIARA

1. di avere un'età compresa tra i sessanta e i settantacinque anni, di non lavorare; di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;
2. che l'indicatore della nuova ISEE in corso di validità è pari ad € _____,--
4. di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Decreto Legislativo, nr.196 del 30.06.2003: "Codice in materia di protezione di dati personali", che i dati personali raccolti sono obbligatori per il corretto svolgimento dell'istruttoria e saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

Data _____

FIRMA

Allega, pena l'esclusione, i seguenti documenti:

- 1. certificazione medica attestante "IDONEITA' PSICOFISICA AD EFFETTUARE ATTIVITA' ALL'APERTO" rilasciata dalla ASL competente o dal MEDICO DI MEDICINA GENERALE;**
- 2. copia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità;**