

**ALLEGATO C1**  
**Spett.le**  
**Comune di Rossano**  
**Piazza Santi Anargiri**  
**ROSSANO (CS)**

**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 \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

nato a \_\_\_\_\_ (luogo) \_\_\_\_\_ (prov.) il \_\_\_\_\_ (data)

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ (prov.)

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. \_\_\_\_\_ mesi dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_<sup>1</sup>;
- 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;

<sup>1</sup> Indicare il numero di mesi di permanenza nel bacino rispetto ai quali si è percepito il trattamento di mobilità in deroga e specificare la data di inizio fruizione della prestazione di indennità di mobilità in deroga e data della cessazione.

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.

---

Nota - Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, la dichiarazione è valida se accompagnata dalla copia di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità