# ***COMUNE DI NURAMINIS***

## ***Provincia Sud Sardegna***

***\*\*\*\*\****

###  AREA 4 – AREA SOCIALE

Al Comune di Nuraminis

Ufficio servizio sociale

**Oggetto: MANIFESTAZIONE D’INTERESSE PER RACCOGLIERE LE ADESIONI PER L’ORGANIZZAZIONE NEL TERRITORIO DI NURAMINIS DI UN CORSO DI FORMAZIONE PER OPERATORI SOCIO-SANITARI (OSS)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**telefono (obbligatorio)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_c.f\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE ALLA PARTECIPAZIONE DEL CORSO DI FORMAZIONE PER OSS**

consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci sarà punito ai sensi dei Codice Penale secondo quanto prescritto dall’art. 76 del succitato DPR 445/200 e che inoltre qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/200)

**DICHIARA**

* Di aver letto attentamente il bando relativo alla manifestazione d’interesse nel quale viene decritta la struttura del corso, le ore e i costi totali dello stesso;
* Di essere a conoscenza che il corso si svolgerà presumibilmente a partire da Settembre 2021 (in presenza o in modalità on- line) nelle ore pomeridiane/ serali dal lunedì al venerdì
* Di avere un ISEE in corso di validità relativo al proprio nucleo familiare pari a €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (allegare documento)
* Di voler usufruire dell’abbattimento sul costo totale del corso promosso dal Comune di Nuraminis;
* Che il proprio nucleo familiare è così composto:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome e cognome componente | Luogo e data di nascita  | Eventuale occupazione |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* Di voler avere la precedenza in caso di indisponibilità di posti in quanto:
* Famiglia con figli minori a carico (Indicare il numero dei minori a carico) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nucleo mono-genitoriale (presenza di figli minori con un solo genitore)
* Nucleo familiare con almeno un componente inoccupato/disoccupato o che ha perso il lavoro a causa della pandemia.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma interessato

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Allega**: copia carta identità, ISEE in corso di validità.