

**COMUNE DI PAGLIARA**  
(Città Metropolitana di Messina)

**BORSE LAVORO COMUNALI 2026**

Al Signor Sindaco del Comune di  
Pagliara

Il / La sottoscritto/a ..... nato/a il .....  
a ..... e residente in .....  
via ..... n. .... tel. .... cellulare.....  
codice fiscale .....

**CHIEDE**

di essere ammesso/a alla borsa di lavoro comunale

A tal fine allega:

- 1) **attestazione ISEE;**
- 2) **modello A** = dichiarazione attestante il percepimento di eventuali interventi assistenziali (pensione sociale, indennità di accompagnamento, rendite Inail, eventuali contributi economici a carattere ordinario, straordinario o continuativo erogati dall'Amministrazione Comunale di appartenenza);
- 3) **modello B** = dichiarazione attestante eventuale attività lavorativa e/o altre situazioni problematiche;
- 4) **fotocopia documento d'identità in corso di validità.**

Data.....

*Firma del Richiedente* .....

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000, è obbligo apporre la firma davanti ad un pubblico Ufficiale o allegare copia di un documento di identità in corso di validità .

**Trattamento dati personali:**

I dati personali forniti saranno raccolti presso il Comune per le finalità di gestione della richiesta. Il trattamento dei dati personali raccolti è finalizzato, nei modi leciti e secondo correttezza per un tempo non superiore a quello necessario per l'espletamento di funzioni istituzionali e di compiti attribuitigli dalla legge e dai regolamenti.

Titolare del trattamento è il Sindaco del Comune di Pagliara

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI***(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali, nel caso di false attestazioni, di formazione e uso di atti falsi, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 DPR. n° 445/2000)

**DICHIARA CHE**

nell'anno 2025 unitamente agli altri componenti il proprio nucleo familiare

Non ha fruito di interventi assistenziali (pensione sociale, indennità di accompagnamento, rendite Inail, eventuali contributi economici a carattere ordinario, straordinario o continuativo erogati dall'Amministrazione Comunale di appartenenza, etc. ....).

Ha fruito dei seguenti interventi assistenziali:

Cognome	Nome	Relazione parentela col dichiarante	Pensione Sociale €	Ind. Accomp.nto €	Rendita Inail €	Altro €

Totale \_\_\_\_\_

Dichiara, altresì, di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

DATA

Il/La Dichiarante

La presente dichiarazione non necessita dell'autentica della firma (art.46, DPR 445/2000) e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti in virtù del provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera (art.75, DPR 445/2000).

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI**

(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali, nel caso di false attestazioni, di formazione e uso di atti falsi,

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000, che nell'anno 2025 il sottoscritto e i componenti il proprio nucleo familiare hanno lavorato nei seguenti periodi.

**COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE**

Cognome	Nome	Data di Nascita	Rapporto di Parentela	Periodi Lavorativi
				dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____
				dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____
				dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____

**Dichiara** altresì che:

(segnare quanto interessa)

- il proprio coniuge convivente è :  detenuto/a  
(allegare documentazione)  agli arresti domiciliari
- il/la sottoscritta è :  vedovo/a  
 separato/a legalmente  
 ragazzo/a padre/madre
- il/la sottoscritto/a  ha  non ha prestato attività lavorativa negli ultimi due mesi;
- il/la sottoscritto/a  ha  non ha all'interno del nucleo familiare un componente avente invalidità civile ( da 46% al 74%) per la quale non si percepisca pensione;
- il/la sottoscritta  è  non è soggetto ex tossicodipendenti ,ex alcolisti, munito di adeguata certificazione rilasciata dagli appositi servizi sanitari;
- il/la sottoscritta  è  non è soggetto appartenente a nucleo familiare che abbia al proprio interno uno o più portatori di handicap ( legge 104/92);

**Dichiara**, infine, di essere a conoscenza che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa .

**DATA****Il/La Dichiarante**

La presente dichiarazione non necessita dell'autentica della firma (art.46, DPR 445/2000) e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti in virtù del provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera (art.75, DPR 445/2000).