

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PROGETTO NONNO VIGILE

ANNO SCOLASTICO 2019/2020

AL COMUNE DI SANTA MARIA A VICO

Il/La Sottoscritto/a _____ Nato/a a _____
_____ il _____ Residente a _____
_____ Tel. _____
_____ Cell. _____

CODICE FISCALE _____

CHIEDE

Di poter svolgere il servizio volontariato di vigilanza e sorveglianza davanti ai plessi scolastici.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni, anche penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti richiamate dagli artt. 75 e 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000:

1. di essere cittadino/a italiano;
2. di essere residente nel Comune di _____
3. non essere stati condannati con sentenza passata in giudicato per delitti non colposi commessi mediante violenza contro persone o contro il patrimonio;
4. di essere scritto nelle liste elettorali del Comune di.....,ovvero di non essere scritto o di essere stato cancellato per il seguente motivo
5. di essere esente da difetti che possono influire sul rendimento dell'attività come da certificato medico allegato alla presente;
6. di essere a conoscenza che il rimborso spesa è quantizzato forfettariamente in €7,50 giornaliero e verrà corrisposto secondo le modalità ritenute più idonee da codesto Ente e che il rapporto che si verrà ad instaurare fra le parti non avrà in alcun modo carattere di attività lavorativa e non darà luogo a costituzione di rapporto d'impiego e che il rapporto può essere interrotto in maniera unilaterale dal Comune in qualsiasi momento previa comunicazione e senza riconoscimento di alcun obbligo di indennizzo;
7. di aver preso visione del disciplinare del "PROGETTO NONNO VIGILE" e di accettare tutte le disposizioni in esso contenute;
8. l'indirizzo al quale devono esser inviate eventuali comunicazioni è: _____

recapito telefonico n. _____

IMPORTANTE

*Esprimere la propria volontà in ordine al ricevimento del rimborso spese giornaliero
barrando la relativa casella*

DI RINUNCIARE espressamente al compenso giornaliero previsto, da codesta Amministrazione, a titolo di rimborso spese;

DI NON RINUNCIARE al compenso giornaliero previsto, da codesta Amministrazione, a titolo di rimborso spese;

Allegati :

1. certificato medico;
2. fotocopia documento di riconoscimento tipo _____
Santa Maria a Vico , _____

Firma_