Al Sig. Sindaco

del Comune di Cesinali

Sede

**Oggetto: Domanda di inserimento volontario al servizio “Nonni Civici”**

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

Nato / a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in Cesinali (AV) in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

Tel. Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Visto** il bando pubblicato dal Comune di Cesinali

**Consapevole** delle responsabilità civili e penali cui si espone in caso di false dichiarazioni

**CHIEDE**

di partecipare al progetto “Nonni Civici” approvato dalla Giunta Comunale con delibera n. 25 del 23/03/2025 ed a tal fine

**DICHIARA**

1. Di avere piena conoscenza del Bando emesso per il servizio “Nonni Civici”;
2. Di essere a conoscenza del fatto che tale servizio è a titolo gratuito e che il suo svolgimento non determina alcuna corresponsione, obbligatoria e automatica, di compenso o rimborso delle spese sostenute né implica l’instaurazione di alcun tipo di rapporto di lavoro con il Comune di Cesinali;
3. Di possedere i requisiti psicofisici richiesti per l’attività, giusto certificato medico allegato;
4. Di non aver riportato condanne penali e non avere procedimenti penali in corso;
5. Di essere residente nel Comune di Cesinali (AV) all’indirizzo sopra riportato;
6. Di essere pensionato e di avere una età non superiore ai 75 anni;
7. Di non avere in corso nessuna prestazione di attività lavorativa subordinata o autonoma.

**ALLEGA:**

* copia documento di identità in corso di validità;
* certificato medico di idoneità.

Cesinali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Richiedente

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