CITTÀ DI UGENTO

C O M U N E D I UGENTO

cap. 73059 – Provincia di Lecce
www.comune.ugento.le.it
CORPO DI POLIZIA LOCALE
e-mail: polizialocale@comune.ugento.le.it
Pec: comandopolizialocaleugento@pec.rupar.puglia.it

PROGETTO NONNO E NONNE VIGILE

MODULO DI ADESIONE

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

C H I E D E

DI POTER ADERIRE AL "PROGETTO NONNI VIGILE" - SERVIZIO CIVICO VOLONTARIO

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 iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____
3. di non aver riportato condanne penali né avere procedimenti penali in corso;
4. di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____ conseguito presso _____(indicare la scuola);
5. di essere di sana e robusta costituzione fisica ed esente da difetti che possono influire sul rendimento dell'attività come da certificato medico allegato alla presente;
6. di essere a conoscenza che l'attività in questione ha carattere gratuito e volontario e può essere interrotta in qualsiasi momento previa comunicazione;
7. di aver preso visione del disciplinare del PROGETTO "NONNI E NONNE VIGILE" e di volersi uniformare alle disposizioni in esso contenute;
8. di essere in possesso della seguente patente di guida: Cat. _____;
9. Eventuali titoli preferenziali:

□ aver prestato la propria attività lavorativa presso corpi di Polizia Locali ovvero statali o forze armate;
□ aver svolto in passato, per professione ovvero volontariamente, servizi analoghi (specificare l'attività _____)
□ di fare parte della seguente associazione di volontariato senza fini di lucro_____;

Il/la sottoscritt__ chiede che ogni comunicazione venga fatta all'indirizzo suindicato e si impegna a comunicare per iscritto al Comando Polizia Locale eventuali variazioni.

Allegati :

1. certificato medico;
2. fotocopia documento di riconoscimento

UGENTO , _____

Firma_____