

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO (QUARTO AVVISO) PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA PER LA CONCESSIONE DI ORTI PRESSO IL COMUNE DI TRIBIANO – **SINGOLO CONDUTTORE**

Al Comune di Tribiano
Piazza Giovanni Paolo II
20067 Tribiano (Mi)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE A TRIBIANO, VIA _____ N. _____

CODICE FISCALE _____ TEL. _____

CELL. _____ E-MAIL _____

Consapevole che in caso di falsa dichiarazione incorrerà in sanzioni penali e nella decadenza dei benefici eventualmente ottenuti ai sensi del D.P.R. 445/2000 del 28/12/2000

CHIEDE

Di partecipare all'assegnazione di una particella ortiva destinate dal Comune di Tribiano impegnandosi, in caso di concessione, all'osservanza di tutto quanto sancito nel Regolamento per l'assegnazione e gestione degli orti urbani approvato con deliberazione del Consiglio Comunale n.6 del 17/02/2021 e della delibera di G.C. n. 96 del 29/09/2022 e n. 36 del 09/05/2024, di cui dichiara di aver preso visione all'atto della presentazione della presente richiesta, congiuntamente al bando.

DICHIARA

- **Di essere in grado di provvedere direttamente alla coltivazione dell'orto eventualmente assegnato**
 - **Di non avere in disponibilità altri appezzamenti di terreno coltivabile, di proprietà privata, a titolo gratuito o oneroso**
- 1) Di avere alla data di apertura dell'avviso la seguente età _____ (anni compiuti)
 - 2) Di essere dal punto di vista occupazionale in una delle seguenti condizioni:
(barrare la casella che interessa):
 - ☐ PENSIONATO
 - ☐ DISOCCUPATO
 - ☐ LAVORATORE
 - 3) Di avere a carico il seguente numero di famigliari verificabile dall'ultima dichiarazione dei redditi:
(barrare la casella che interessa):
 - ☐ n°1 familiare a carico
 - ☐ n°2 famigliari a carico
 - ☐ più di due famigliari a carico
 - 4) Che ricorrono una o più delle seguenti condizioni di salute proprie o di un famigliare convivente:
 - ☐ **(fattispecie 1)** Essere persona titolare di invalidità (verbale accertamento invalidità fino al 33%) **autosufficiente**
 - ☐ **(fattispecie 2)** presenza nucleo familiare del richiedente di conviventi disabili (verbale accertamento invalidità fino al 33%)
 - 5) Di aver preso atto della Informativa sul trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento europeo n. 679/2016 e del Decreto legislativo n. 196/2003

Firma del dichiarante richiedente

Data _____

Allegato: Copia carta d'identità in corso di validità