

AL SIGNOR SINDACO
DEL COMUNE DI

MONTE MARENZO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A A _____

IL _____, RESIDENTE A _____

IN VIA _____ TEL. _____

CF: _____ email: _____

C H I E D E

DI ESSERE INCARICATO PER L'ATTIVITA' LAVORATIVA DI AUTISTA MEZZO
ATTREZZATO PER DISABILI.

DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE DEL BANDO E DI TUTTE LE CONDIZIONI IN ESSO
CONTENUTE.

DICHIARA ALTRESI' :

- Di godere dei diritti politici
- Di essere _____
(NON OCCUPATO/PENSIONATO/CASALINGA)
- Di essere titolare di patente B
- Di avere esperienza di guida di almeno 24 mesi ed età comunque non superiore a
65 anni

DISTINTI SALUTI.

FIRMA

ALLEGATA FOTOCOPIA C.I.