

**ALLA REGIONE MARCHE**

**Dipartimento Politiche Sociali, Lavoro, Istruzione e Formazione**

***Settore Istruzione, Innovazione Sociale e sport***

Ufficio regionale del servizio civile

**CERTIFICAZIONE DI REGOLARITÀ DELLE PRESENZE MENSILI**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’

(Art. 47, d.p.r. 28 dicembre 2000, n.445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in VIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di referente/responsabile dell’ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con codice di accreditamento RM/SU \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”,

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità e a conoscenza delle sanzioni previste dall’art 76 del d.p.r. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci,

**CHE NEL MESE DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ANNO \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

nell’ambito del **Programma Nuova Garanzia Giovani** (DGR 255 del 11/03/2019), e nello specifico, relativamente alle *Misura 6 - Servizio Civile*, progetto/intervento/i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ approvato con DDS n. 131/SPO del 06/05/2021:

* **gli operatori volontari** (n. \_\_\_), indicati di seguito, hanno regolarmente svolto l’attività di servizio civile regionale prevista (25 ore settimanali) nel progetto/intervento, pertanto per gli stessi operatori volontari **si certifica la regolare esecuzione del periodo** di servizio civile e si richiede di provvedere all’erogazione delle indennità come specificato di seguito:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **COGNOME** | **NOME** | **Codice Fiscale** | **IMPORTO** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
|  | TOTALE | |  | xxx.xxx,xx |

* (inserire descrizione solo se presenti) **gli operatori volontari**, indicati di seguito, hanno fruito nel mese di riferimento della  malattia non retribuita  maternità, per cui è prevista una decurtazione, come specificato di seguito:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **COGNOME** | **NOME** | **Codice Fiscale** | N. giorni | **IMPORTO** |
| 1 |  |  |  |  | \* |
| 2 |  |  |  |  |  |
|  | TOTALE | |  |  | xxx.xxx,xx |

\* *L’importo effettivo viene determinato previa consultazione dell’ufficio regionale competente.*

Firma digitale del

referente/responsabile legale dell’ente

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