

**Al Dirigente Comandante
Responsabile del Corpo P.L.
del Comune di Villafranca di Verona**

(da consegnare a mani all'Ufficio Protocollo del Comune o inviare via PEC: protocollo.comune.villafranca.vr@pecveneto.it)

ENTRO IL 30 OTTOBRE 2025.

OGGETTO: domanda per espletare il servizio volontario denominato “Nonno Vigile amici dei Bambini” di sorveglianza davanti le scuole – anno scolastico 2025/2026.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
e residente/domiciliato a _____ via _____ n. _____
comunica alla S.V. la propria disponibilità ad essere impiegato/a al servizio volontario di assistenza e sorveglianza davanti alle scuole, nel rispetto delle relative norme di organizzazione del servizio stabilite nell'allegato A della deliberazione di Giunta Comunale n. 173 del 19/09/2025.

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 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.:

1. di avere un'età compresa tra i 50 e i 70 anni;
2. di essere residente/domiciliato nel Comune di _____
in via _____ n. _____;
3. di non aver riportato condanne penali a pene detentive e di non avere procedimenti penali in corso. In alternativa:
 - a. () di avere avuto le seguenti condanne: _____;
 - b. () di avere i seguenti procedimenti penali in corso: _____;
4. di essere in possesso di idoneità psico-fisica in relazione ai compiti descritti dal progetto, dimostrata mediante certificato medico non anteriore a tre mesi;
5. di essere a conoscenza che l'attività in questione ha carattere gratuito e volontario e può essere interrotta in qualsiasi momento previa comunicazione;
6. di aver preso visione delle disposizioni comunali del servizio volontario del “Nonno Vigile amici dei Bambini” e delle specifiche finalità in essere contenute;

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

Luogo e data, _____

Firma _____

Si allegano:

1. fotocopia documento di riconoscimento e codice fiscale;
2. certificato medico rilasciato da proprio medico curante.