



ALLEGATO 1

AL COMUNE DI CAPOTERRA
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

OGGETTO: DOMANDA PARTECIPAZIONE PROGETTO RAS INCLUDIS - DI N. 43 TIROCINI DI INCLUSIONE SOCIALE E LAVORATIVA NEI COMUNI DEL PLUS AREA OVEST

Il sottoscritto _____ nato a _____ il
_____ residente a Capoterra in via _____ n _____

Preso visione del bando per l'attivazione di n. 43 tirocini di inclusione sociale e lavorativa – INCLUDIS - Fondo Sociale Europeo 2014-2020, dei suoi allegati e delle linee guida

CONSAPEVOLE CHE

- le persone ammesse al percorso di inclusione socio-lavorativa saranno individuate di concerto con i servizi socio sanitari, sulla base di una accurata e documentata analisi di un evidente fabbisogno di protezione e inclusione sociale nello specifico contesto di riferimento, nonché di una effettiva possibilità di affrontare i percorsi proposti;
- I destinatari individuati usufruiranno di un percorso di **accesso e presa in carico**. Una parte di questi usufruirà di un **percorso di orientamento specialistico** e una quota di questi potrà usufruire di un **Tirocinio di Orientamento, Formazione e inserimento/reinserimento**;
- **L'indennità corrisposta esclusivamente a chi intraprenderà il percorso di tirocinio è considerata, dal punto di vista fiscale, quale reddito assimilato a quelli di lavoro dipendente (art. 50, co. 1, lett. c), DPR n. 917/1986 TUIR - ris. A.E. n.**

DICHIARA

- per sé
- per il proprio amministrato _____ nato a _____ il _____ residente a _____ via _____ n _____ cap _____

- Di non essere occupato;
- Di essere interessato a partecipare al percorso di inclusione socio lavorativa di cui all'oggetto;
- Di appartenere a una delle seguenti tipologie di destinatario (barrare la casella che interessa) :



- 1) con disabilità riconosciuta ai sensi dell'art. 3 della L.104/92, in carico ai servizi sociali professionali comunali e/o dai servizi sanitari competenti.
- 2) con disturbo mentale o dello spettro autistico in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze-Centri di Salute Mentale o UONPIA (in possesso di certificazione rilasciata dallo specialista del servizio pubblico o convenzionato che ne detiene la presa in carico);
- 3) con disabilità mentale e/o psichica in carico ai servizi socio sanitari (in possesso di certificazione rilasciata dallo specialista del servizio pubblico o convenzionato che ne detiene la presa in carico)

A tal fine dichiara di essere in carico al seguente servizio sociosanitario:

_____ /
specificare indirizzo del servizio e medico di riferimento : _____

Oppure di fare espressa richiesta di essere preso in carico dal seguente servizio

Dichiara inoltre di essere a conoscenza del fatto che l'Amministrazione comunale, ai sensi dell'art.71 del DPR.445/2000 potrà disporre di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese e che i dati potranno essere comunicati alla Guardia di finanza, Autorità giudiziaria o altri enti.

Dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del DLgs 193/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, e inviati al PLUS AREA OVEST o ad altri enti, esclusivamente nell'ambito del predetto procedimento per il quale la presente dichiarazione è stata resa; pertanto, il sottoscritto presta il proprio consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Chiede di essere eventualmente contattato al numero di Tel. _____ oppure
Indirizzo e-mail: _____

Si allega alla presente:

- copia della carta d'identità e codice fiscale
- certificazione di cui al punto 1, 2, 3, specificare quale: _____

Capoterra, _____

Firma
