## Spett.le AMBITO PLUS Distretto Socio Sanitario di Siniscola

**INCLUDIS**

***DOMANDA DI PARTECIPAZIONE***

## PROGETTI DI INCLUSIONE SOCIO LAVORATIVA DI PERSONE CON DISABILITA'

**Asse inclusione sociale PO FSE 2014-2020 – OT 9 – Priorità i – O.S. 9.2 - Azione 9.2.1**

Il/La sottoscritto/a\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a il\_\_\_\_ /\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_,residente a \_\_\_\_ \_\_ in via n. CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , codice fiscale

Recapito telefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Presa visione dell’avviso “Progetti di inclusione socio-lavorativa di persone con disabilità – 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 sociosanitari, 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 (Cfr. avviso pubblico RAS, art. 6);
	+ 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 **SOLO** una quota di questi potrà intraprendere 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. 95/E/2002);
	+ esclusivamente per le persone con disturbo mentale, dello spettro autistico, disabilità mentale/intellettiva e/o psichica sarà necessaria la certificazione rilasciata dallo specialista del servizio pubblico o convenzionato che ne detiene la presa in carico da presentare su richiesta dei servizi competenti.

## DICHIARA

**(art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)**

## consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.p.r. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità

* per sé
* per il proprio amministrato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**nato a il / / \_\_\_\_ , residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_n. \_\_**

**CAP Codice fiscale n. \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

-Dichiara inoltre:

* di aver compiuto la maggiore età;
* di essere interessato a intraprendere il percorso di inclusione socio lavorativa di cui all’oggetto;
* di essere persona non occupata;
* di appartenere a una delle seguenti tipologie di destinatari (barrare la casella che interessa)
	+ disabilità riconosciuta ai sensi dell’art. 3 della L.104/92 ss.mm.ii.;
	+ disturbo mentale o dello spettro autistico in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze-Centri di Salute Mentale o UONPIA;
	+ disabilità mentale/intellettiva e/o psichica in carico ai servizi socio sanitari (specificare il servizio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
* di essere già in carico al seguente servizio sociale:

Comune di operatore sociale di riferimento

* di essere già in carico al seguente servizio sociosanitario:

 Servizio medico/operatore di riferimento

**Il sottoscritto chiede di essere contattato ai recapiti:**

Tel.

e-mail:

Data / /

 Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento dell'Unione Europea per la protezione dei dati personali n.2016/679, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del presente procedimento. Autorizzo inoltre il trattamento dei dati su dichiarati.

Firma

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

## Si allega:

* copia del documento d'identità del Sottoscrittore e se diverso del candidato Destinatario;
* copia verbale riconoscimento L.104/92 e ss. mm.ii (solo se in possesso);
* certificazione attestante lo status di persona abile al lavoro *(solo se in possesso; qualora non presentata, dovrà essere verificata la necessaria condizione di collocabilità al lavoro).*
* certificazione rilasciata dallo specialista del servizio pubblico o convenzionato che ne detiene la presa in carico, solo per i destinatari di cui alle lettere a) e b) di cui al presente Avviso Pubblico.