



P.L.U.S. - Ambito Territoriale Distretto di Siniscola

Al Comune di _____
AMBITO PLUS Distretto Socio Sanitario di Siniscola

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PROGETTO INCLUDIS 2024

PROGETTI DI INCLUSIONE SOCIO LAVORATIVA DI PERSONE CON DISABILITA'

Pr Fse+2021-2027. Al Servizio Della Dignità - Priorità 3 Os H) Eso 4.8.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il ____/____/____ residente a _____ via _____
n°civico _____ CAP _____ Codice Fiscale _____
Recapito telefonico _____ Indirizzo e-mail _____

Presa visione dell' "Avviso per l'individuazione di n. 20 destinatari per l'avvio di progetti di inclusione socio-lavorativa per persone con disabilità"

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;
- i destinatari individuati (massimo 30) usufruiranno di un percorso di accesso e presa in carico; una parte di questi (massimo 24) usufruirà di un percorso di orientamento specialistico e SOLO n. 20 di questi potrà intraprendere un Tirocinio di inclusione sociale e lavorativa;
- 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/intellettuale 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



P.L.U.S. - Ambito Territoriale Distretto di Siniscola

- ☐ per sé
- ☐ per il proprio amministrato (nome e cognome) _____
- nato a _____ il ____/____/____ residente a _____ in via _____ n. _____
- CAP _____ Codice Fiscale _____

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/intellettuale e/o psichica in carico ai servizi socio sanitari (specificare il servizio _____)
- di essere già in carico al **Servizio Sociale** del Comune di _____ operatore sociale di riferimento _____;
- di essere già in carico al seguente **Servizio Sociosanitario**: _____ medico operatore di riferimento _____

Il sottoscritto chiede di essere contattato ai recapiti (se diversi da quanto già dichiarato sopra):

Tel. _____ e-mail _____

Data ____/____/____

Firma _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il beneficiario individuato nella presente scheda, informato sull'utilizzo dei propri dati personali sociali e sanitari, acconsente al trattamento dei dati propri da parte dell'Ambito Territoriale Sociale n.12 e dei Servizi Sociali del Comune di residenza, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

☐ SI

☐ NO

Firma _____



P.L.U.S. - Ambito Territoriale Distretto di Siniscola

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.