**AL COMUNE DI ASSEMINI**

Piazza Repubblica n. 1

09032 ASSEMINI (CA)

**OGGETTO: Domanda di partecipazione Progetto RAS “INCLUDIS 2021”. AVVISO PER LE RICHIESTE DI CANDIDATURA DA PARTE DEI DESTINATARI DI N. 50 TIROCINI DI INCLUSIONE SOCIALE E LAVORATIVA NEI COMUNI DEL PLUS AREA OVEST.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presa visione del bando per l’attivazione di n. 50 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. \_\_\_\_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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):

* 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.
* con disturbo mentale o dello spettro autistico in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze-Centri di Salute Mentale o UONPIA (in questo caso dichiara di essere in possesso di certificazione rilasciata dallo specialista del servizio pubblico o convenzionato che ne detiene la presa in carico);
* con disabilità mentale e/o psichica in carico ai servizi socio sanitari.

Di essere in carico al seguente servizio sociosanitario:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, specificare indirizzo del servizio e medico di riferimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Chiede di essere eventualmente contattato al numero di Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Di autorizzare il Comune al trattamento dei propri dati personali e sensibili, nel rispetto delle vigenti norme in materia di privacy, forniti secondo le modalità previste nel bando.

Allega la seguente documentazione:

* Fotocopia carta d’identità in corso di validità
* Fotocopia tessera sanitaria
* Fotocopia Verbale L. 104/92 Art. 3
* Scheda anagrafica CIL – Iscrizione L. 68/99
* Certificazione sanitaria attestante il disturbo mentale o spettro autistico in carico al CSM –SERD – UONPIA o autocertificazione
* Certificato attestante la disabilità mentale, intellettiva e/o psichica in carico ai servizi socio sanitari.

Data Firma

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