

ALLEGATO 1- MODULO DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

INCLUDIS 2024 PR FSE+ 2021-2027. Priorità 3 – Inclusione e lotta alla povertà. Obiettivo specifico h) ESO 4.8 – Settore di intervento 153.

All'Ente gestore dell'ambito PLUS Sarcidano Barbagia di Seulo

PEC: protocollo.isili@pec.it

Sede: Isili, piazza San Giuseppe n°8

Oggetto: Domanda di partecipazione ai percorsi di inclusione socio-lavorativa per persone con disabilità INCLUDIS 2024 – Progetto S.B.S – Solidarietà, Benessere, Sviluppo.

Il/la sottoscritto/a:

Nome e cognome

Sesso

☐ M

☐ F

Codice fiscale

Comune e provincia di nascita

Data di nascita

Indirizzo di residenza

Domicilio (se diverso)

Telefono

Cellulare

Email

PEC (se disponibile)

Consapevole che:

- L'accesso al percorso avviene su valutazione condivisa tra il PLUS e i servizi specialistici territoriali, sulla base di una verifica dei bisogni di inclusione e della possibilità di affrontare il percorso;
- I partecipanti saranno coinvolti in un primo momento in attività di accoglienza e orientamento specialistico, ed eventualmente in un tirocinio;
- L'indennità è riconosciuta solo ai partecipanti al tirocinio e costituisce reddito assimilato a quello da lavoro dipendente;
- Non verranno formate graduatorie e l'ammissione sarà valutata congiuntamente ai servizi territoriali competenti;
- L'eventuale attivazione è subordinata al finanziamento regionale;

In qualità di:

- ☐ Diretto interessato
- ☐ Genitore / Amministratore di sostegno (in caso di minore)/tutore

Per la seguente persona candidata:

Nome e cognome

Sesso

☐ M

☐ F

Codice fiscale

Comune e provincia di nascita

Data di nascita

Indirizzo di residenza

Domicilio (se diverso)

Telefono

Cellulare

Email

PEC (se disponibile)

DICHIARA, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000:

- Di essere maggiorenne, oppure minorenni con almeno 16 anni e obbligo scolastico assolto;
- Di non essere attualmente occupato/a;
- Di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____
- Di essere interessato/a a partecipare al percorso INCLUDIS 2024;
- Di essere in carico al seguente servizio: _____
(indicare indirizzo ed ente di riferimento)

Barrare la condizione corrispondente:

- ☐ A – Persona con disturbo mentale o dello spettro autistico in carico a DSM, CSM o UONPIA
- ☐ B – Persona con disabilità mentale/intellettuale e/o psichica seguita da servizi sociali/sociosanitari
- ☐ C – Persona con disabilità riconosciuta ai sensi dell'art. 3 della L. 104/92

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare al progetto **Progetto S.B.S – Solidarietà, Benessere, Sviluppo,**
nell'ambito del programma INCLUDIS 2024

Allega:

- ☐ Copia del documento di identità in corso di validità (se non firmato digitalmente)
- ☐ (Per la lettera C) Copia del verbale di riconoscimento L.104/92 art. 3
- ☐ (Per le lettere A o B) Certificazione rilasciata da specialista pubblico o convenzionato

Luogo e data: _____

Firma del/della richiedente:

Informativa privacy

Il sottoscritto dichiara di essere informato che i dati forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla presente domanda, in conformità al GDPR (UE) 2016/679 e di aver preso visione dell'informativa (Allegato 2).

Luogo e data: _____

Firma per presa visione e consenso al trattamento dati:
