**ALLEGATO 1- MODULO DI DOMANDA**

**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**](protocollo.isili%40pec.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 minorenne 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/intellettiva 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:**

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