

Al Comune di Decimoputzu

Piazza Municipio n. 1

Oggetto: Domanda di partecipazione AVVISO PER LE RICHIESTE DI CANDIDATURA DA PARTE DEI DESTINATARI DI N. 43 TIROCINI DI INCLUSIONE SOCIALE E LAVORATIVA NEI COMUNI DEL PLUS AREA OVEST PROGETTO RAS "INCLUDIS"

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____
via _____ n. _____ cap _____ C.F. _____

Presa visione del bando per l'attivazione di n. 43 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/la proprio/a amministrato/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____
via _____ n. _____
cap _____ C.F. _____

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 l'utilizzo da parte del Comune dei dati personali e sensibili, forniti secondo le modalità previste nel bando di selezione.

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/e o psichica in carico ai servizi socio sanitari.

Data _____

Firma _____