

ALLEGATO A – DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
AVVISO PUBBLICO DI SELEZIONE PER L'ATTIVAZIONE DI TIROCINI DI INCLUSIONE
SOCIALE DESTINATI A PERSONE CON DISABILITÀ
Progetto "H.O.P.E" – Programma "Campania Welfare"
CUP: B41F24001070009– SURF: 27152 24036AP000000023

L'Azienda Speciale Consortile Consorzio Sociale Ambito S6
Via Aldo Moro,

84081 Baronissi - (Sa)

DATI DEL RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a:

Nome e Cognome	_____	il	_____	Codice	Nato/a a
				Fiscale	
				Residente	in
	Via/Piazza		n.	CAP	
Telefono/Cellulare					E-mail
	PEC			Stato	civile

CHIEDE

di partecipare all'Avviso Pubblico per l'attivazione di Tirocini di Inclusione Sociale destinati a persone con disabilità, nell'ambito del Progetto "H.O.P.E" – Programma "Campania Welfare".

DICHIARA

ai sensi del DPR n. 445/2000 e consapevole delle responsabilità penali previste in caso di dichiarazioni mendaci:

1. di essere residente in uno dei Comuni dell'Azienda Speciale Consortile Consorzio Valle dell'Irno Ambito S6: _____;
2. di essere disoccupato/a o inoccupato/a;
3. di avere una certificazione di disabilità (L. 104/1992);
4. di avere una certificazione ai sensi della L. 68/1999 con una % pari a _____;
5. di rientrare in una delle categorie di cui all'art. 1, comma 1, della Legge 12 marzo 1999, n. 68;
6. di essere iscritto/a al collocamento mirato ai sensi della Legge 68/1999 presso il CPI di _____;
7. di avere un'età compresa tra 16 e 64 anni alla data di presentazione della domanda;
8. di aver assolto l'obbligo scolastico (in caso di età inferiore ai 18 anni) e di possedere il seguente titolo di studi _____;
9. di essere preso/a in carico dai Servizi Sociali e/o dai Servizi Socio-Sanitari territoriali del Comune di _____ o Ambito/Consorzio _____;
10. Di avere una condizione economica in base all'ISEE:
☐ fino a € 10.140,00 (10 pt)
☐ da € 10.140,00 a € 11.000,00 (8 pt)
☐ da € 11.001,00 a € 15.000,00 (6 pt)
☐ da € 15.001,00 a € 20.000,00 (4 pt)
☐ da € 20.001,00 a € 28.381,88 (2 pt)
☐ oltre € 28.381,88 (0 pt)

DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA ALLEGATA:

- Copia del documento di identità in corso di validità
- Certificazione di disabilità (L. 104/92)
- Certificato di iscrizione al collocamento mirato (L. 68/99) e C2 storico laddove presente
- Copia della scheda di presa in carico da parte dei Servizi Sociali o Socio-Sanitari
- Curriculum Vitae aggiornato, datato e firmato
- Attestazione ISEE in corso di validità

EVENTUALE ALTRA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA (ES. VERBALE SULLE CAPACITÀ RESIDUE) - *specificare*

INFORMATIVA E CONSENSO SULLA PRIVACY

Ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del D.lgs. 196/2003 e s.m.i., dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali e di esprimere il consenso al loro trattamento per le finalità connesse all'attuazione dell'intervento.

Firma per presa visione: _____

DICHIARAZIONE FINALE

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto integralmente l'Avviso Pubblico e di accettarne tutte le condizioni. Dichiara inoltre di essere consapevole che:

- la presentazione della domanda non comporta l'automatica ammissione al tirocinio;
- la mancata integrazione documentale nei termini stabiliti (10 giorni), in caso di soccorso istruttorio ai sensi dell'art. 6, comma 1, lett. b) della L. 241/1990 e dell'art. 21 del D.Lgs. 76/2020, comporterà l'esclusione dalla graduatoria;
- la rinuncia al tirocinio o assenze non giustificate oltre i limiti previsti possono comportare l'interruzione del percorso e la perdita dell'indennità.

Luogo e data: _____

Firma leggibile: _____