



Al Comune di VILLASOR

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 sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Preso 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 proprio amministrato \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ /  
o 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