|  |  |
| --- | --- |
|  | Via Villa Comunale n.1 – 84073 Sapri (SA)Telefono 0973/605542 – Fax 0973/605541Sito web: [www.pianosociales9.it](http://www.pianosociales9.it/)E-mail: info@pianosociales9.it – Pec: pianosociales9@pec.it |

## ***ALLEGATO A***

##  **Al Piano Sociale di Zona**

## **Ambito S09**

|  |  |
| --- | --- |
| **Oggetto:** | **DOMANDA DI AMMISSIONE “TIROCINI DI INCLUSIONE SOCIALE”.** **PIANO ATTUAZIONE LOCALE (PAL)** **PER LA PROGRAMMAZIONE DELLE RISORSE DELLA QUOTA SERVIZI DEL FONDO POVERTÀ – ANNUALITA’ 2021 CUP F29I24000110003 - ANNUALITA’ 2022 CUP F29I25000130003 – ANNUALITA’ 2023 CUP F29I25000140003** |

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a (\_ ), il e residente a ( ), in via , CAP , Telefono , Cellulare , email , Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di destinatario diretto

 **CHIEDE**

di essere ammesso alla selezione per lo svolgimento dei tirocini inclusivi **“Piano Attuazione Locale Povertà (PAL) – per la programmazione delle risorse della Quota Servizi del Fondo Povertà –** **ANNUALITA’ 2021 CUP F29I24000110003 - ANNUALITA’ 2022 CUP F29I25000130003 – ANNUALITA’ 2023 CUP F29I25000140003**

*A tal uopo, ai sensi e per gli effetti dell’art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate e consapevole che i propri dati personali saranno trattati nel rispetto delle disposizioni di cui al D.Lgs 196/2003, Regolamento UE 679/2016 e D.Lgs 101 del 10/08/2018, per il quale esprime il proprio consenso*:

**DICHIARA**

 di aver preso visione del bando di selezione e di accettarne il contenuto;

 **DICHIARA INOLTRE**

 di avere un'età compresa tra 18 anni compiuti e 65 non compiuti;

* di essere in stato di inoccupazione o disoccupazione certificate dal Centro per l’ Impiego;
* di avere la residenza nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di far parte del nucleo familiare beneficiario della misura ADI;
* di far parte del nucleo familiare il cui ISEE ha un valore non superiore a € 9.360,00;
* di essere preso in carico dal Servizio Sociale Professionale;
* che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. …componenti;
* che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. … componenti disabili con invalidità pari o superiore al 80%;
* che nessun componente del nucleo familiare benefici di altro tirocinio di inclusione, borsa lavoro o progetto di inclusione sociale e lavorativa o altre misure di sostegno al reddito promossi dall'ATS o dal Comune di residenza;
* che nessun componente del nucleo familiare benefici di altre misure di sostegno al reddito oltre alle misure di contrasto alla povertà di cui all’ oggetto ( NaspI, DIS- COLL, ecc)
* che il nucleo familiare ha una abitazione in locazione**;**

# **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

* copia documento di identità in corso di validità.
* Isee ordinario del nucleo familiare di appartenenza del beneficiario, completo e visibile in tutte le sue parti;
* Dichiarazione di presa in carico da parte del Servizio Sociale Professionale;
* Contratto di locazione.
* Certificazione rilasciata dall’ASL di appartenenza attestante la disabilità propria o dei familiari conviventi

**Luogo e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Il Richiedente**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Informativa ai sensi art. 13 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati)***

*Si informa che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali. Il trattamento dei dati personali raccolti viene effettuato per finalità connesse all’esecuzione di compiti di interesse pubblico e per l’esercizio di pubblici poteri, nonché per adempiere ad eventuali obblighi di legge (ai sensi dell’art. 6 par. 1 del Regolamento 2016/679) nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

**Luogo e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Il Richiedente**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**