**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 21**

**Comune di Selargius**

**Via Istria 1**

**09047 – Selargius**

[**protocollo@pec.comune.selargius.ca.it**](mailto:protocollo@pec.comune.selargius.ca.it)

**Oggetto: Dichiarazione di disponibilità a partecipare a Progetti di inclusione socio-lavorativa di persone con disabilità – INCLUDIS 2024 PR FSE+ 2021-2027 Priorità 3 Inclusione e lotta alla povertà - Obiettivo specifico h) ESO 4.8. Settore di intervento 153**

Il sottoscritto:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome e cognome** |  |
| **Sesso** | **🗆 M 🗆 F** |
| **Codice fiscale** |  |
| **Comune e provincia di nascita** |  |
| **Data di nascita** |  |
| **Indirizzo di residenza** (Via, numero civico, città, cap, provincia) |  |
| **Indirizzo del domicilio**  *(compilare solo se diverso da residenza)* |  |
| **Numero di telefono** |  |
| **Numero di cellulare** |  |
| **e-mail** |  |
| **pec** |  |

**CONSAPEVOLE CHE**

- Le persone ammesse al percorso di inclusione socio-lavorativa saranno individuati con i servizi specialistici che li hanno in carico sulla base di un’accurata e documentata analisi del fabbisogno di protezione e inclusione sociale nello specifico contesto di riferimento nonché di una effettiva capacità di affrontare i percorsi proposti, anche sulla base di una valutazione bio-psico-sociale ispirata al modello ICF (Cfr. art. 6 avviso pubblico regionale);

- I destinatari individuati beneficeranno di un percorso di accesso e presa in carico. Una parte di questi destinatari potrà usufruire di un percorso di orientamento specialistico e coloro che saranno ritenuti idonei potranno accedere ad 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 c. 1, lett. c), DPR n. 917/1986 TUIR ris A.E. N. 95/e/2002 e 46/E/2008;

- NON si darà luogo a graduatorie ma i destinatari saranno scelti con i servizi sociosanitari del PLUS 21;

- NON si darà corso alla procedura in caso di mancato finanziamento da parte della RAS;

**in qualità di:**

🗆 diretto interessato

🗆 amministratore di sostegno/genitore (nel caso di minori di età non inferiore ai 16 anni) del seguente candidato/a:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome e cognome** |  |
| **Sesso** | **🗆 M 🗆 F** |
| **Codice fiscale** |  |
| **Comune e provincia di nascita** |  |
| **Data di nascita** |  |
| **Indirizzo di residenza** (Via, numero civico, città, cap, provincia) |  |
| **Indirizzo del domicilio**  *(compilare solo se diverso da residenza)* |  |
| **Numero di telefono** |  |
| **Numero di cellulare** |  |
| **e-mail** |  |
| **pec** |  |

**DICHIARA sotto la propria responsabilità, ai sensi dell’articolo 46 (dichiarazione sostitutiva di certificazione) e dell’articolo 47 (dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà) del DPR 445/2000 e s.m.i.:**

- Di essere maggiorenne o di essere minorenne che ha compiuto 16 anni e assolto l’obbligo di istruzione;

- Di non essere occupato;

- Di avere il seguente titolo di studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- Di essere interessato a partecipare al percorso di inclusione socio-lavorativa di cui all’oggetto;

- Di essere in carico al seguente servizio socio-sanitario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

specificare indirizzo del servizio e medico di riferimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Di appartenere ad una delle seguenti condizioni *(barrare solo la casella che interessa*)

* A - affetto da disturbo mentale o dello spettro autistico in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale Dipendenze-Centri di Salute Mentale ovvero UONPIA (U.O. Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza);
* B - disabilità mentale/intellettiva e/o psichica in carico ai servizi sociali o socio-sanitari
* C - disabilità riconosciuta ai sensi dell’art. 3 della L.104/92 ss.mm.ii.

**CHIEDE** di accedere al Programma **“Includis 2024”**.

Allega a tal fine:

|  |  |
| --- | --- |
| 🗆 | *(obbligatorio per i destinatari di cui alla lettera C)* Copia verbale di riconoscimento della disabilità ai sensi dell’articolo 3, della legge 5 febbraio 1992, n.104 |
| 🗆 | *(obbligatorio per i destinatari di cui alle lettere A e B)* Copia della certificazione attestante la patologia mentale/intellettiva e o psichica rilasciata dallo specialista del servizio pubblico o convenzionato che ne detiene la presa in carico o dello specialista di riferimento |
| 🗆 | Copia del documento di riconoscimento del richiedente, in corso di validità, qualora l’istanza non sia firmata digitalmente |

Luogo e data Firma

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

**- Dichiara inoltre** di essere informato/a che i dati forniti sono indispensabili per l’istruttoria della pratica e saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, che include il trattamento informatico dei dati forniti, la trasmissione a terzi

**- Dichiara** a tal fine di aver preso visione dell’informativa ai sensi del *GDPR n. 679/2016UE* 2016/679, all. 2 del presente avviso e pertanto

- Presta il consenso e autorizza il trattamento

Luogo e data Firma

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