

Provincia del Sulcis Iglesiente



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 Carbonia Comune di Carbonia Piazza Roma 1 09013 – Carbonia

<u>Pec: comcarbonia@pec.comcarbonia.org</u> <u>E-mail: comcarbonia@comune.carbonia.su.it</u>

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	



Provincia del Sulcis Iglesiente



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 secondo i criteri stabiliti dall'avviso dell'Ambito PLUS Carbonia;
- 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	



Provincia del Sulcis Iglesiente



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 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	
Copia del decreto di nomina dell'Amministratore di sostegno (obbligatorio nel caso di domanda compilata dall'Amministratore di sostegno)	
Luogo e data Firma	



Provincia del Sulcis Iglesiente



Distretto Sociosanitario di Carbonia

- 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. 679/2016 UE* 2016/679, all. 2 del presente avviso e pertanto
- Presta il consenso e autorizza il trattamento

Luogo e data	Firma