



PLUS di Sassari, Porto Torres, Sorso, Stintino

ALL.1)

Spett.le **AMBITO PLUS**
Comune di _____ (specificare il Comune di residenza)
Servizio Sociale Professionale

INCLUDIS

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

PROGETTI DI INCLUSIONE SOCIO LAVORATIVA DI PERSONE CON DISABILITA'
Asse inclusione sociale PO FSE 2014-2020 – OT 9 – Priorità 1 – Obiettivo specifico
9.2 - Azione 9.2.1

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ____/____/____,
residente a _____, via _____
n. _____ CAP _____, codice fiscale n. _____

Preso visione dell'avviso "Progetti di inclusione socio-lavorativa di persone con disabilità –
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 sociosanitari, 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 (Cfr. avviso pubblico RAS, art. 6);
- 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 **SOLO** una





PLUS di Sassari, Porto Torres, Sorso, Stintino

quota di questi potrà intraprendere 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. 95/E/2002);**
- esclusivamente per le persone con disturbo mentale, dello spettro autistico, disabilità mentale e/o psichica sarà necessaria la certificazione rilasciata dallo specialista del servizio pubblico o convenzionato che ne detiene la presa in carico da presentare su richiesta dei servizi competenti.

DICHIARA

(art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.p.r. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità

per sé

per il proprio amministrato

nato a _____ il ____/____/____,

residente a _____

via _____ n. _____

CAP _____ codice fiscale n. _____

1. di aver compiuto la maggiore età;
2. di essere interessato a intraprendere il percorso di inclusione socio lavorativa di cui all'oggetto;
3. di essere persona non occupata;
4. di appartenere a una delle seguenti tipologie di destinatari (barrare la casella che interessa)
 - disabilità riconosciuta ai sensi dell'art. 3 della L.104/92 ss.mm.ii.;
 - disturbo mentale o dello spettro autistico in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze-Centri di Salute Mentale o UONPIA;
 - disabilità mentale e/o psichica in carico ai servizi socio sanitari.





PLUS di Sassari, Porto Torres, Sorso, Stintino

5. di essere già in carico al seguente servizio sociale:

Comune di _____ operatore sociale di riferimento _____

6. di essere già in carico al seguente servizio sociosanitario:

Servizio _____ medico/operatore di riferimento _____

Il sottoscritto chiede di essere contattato ai recapiti:

Tel. _____

e-mail: _____

Data ____/____/_____

Firma

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali presenti nella presente domanda ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Firma

Si allega:

- **copia del documento d'identità del Sottoscrittore e se diverso del candidato Destinatario;**
- **copia verbale riconoscimento L.104/92 e ss. mm.ii (solo se in possesso);**
- **certificazione attestante lo status di persona abile al lavoro (solo se in possesso; qualora non presentata, dovrà essere verificata la necessaria condizione di collocabilità al lavoro).**

