



## ALLEGATO 1

### MODULO DI DOMANDA "INCLUDIS 2021" Progetti di inclusione socio-lavorativa di persone con disabilità" FSE 2014/2020

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 2021 FSE 2014/2020 Asse Inclusione sociale, OT9 – Priorità I – Ob. Sp. 9.2, Az 9.2.1**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

#### CONSAPEVOLE CHE

- Le persone ammesse al percorso di inclusione socio-lavorativa saranno individuate di concerto con i servizi socio sanitari, sulla base di un 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. art. 6 avviso pubblico);
- 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;
- 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;

**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.:**

Per se

Per il proprio amministrato (*Nome e Cognome*) \_\_\_\_\_



Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

- Di essere maggiorenne o di essere minorenni che ha compiuto 16 anni e assolto l'obbligo di istruzione;
- Di non essere occupato;
- Di essere residente presso uno degli 8 Comuni del PLUS 21 \_\_\_\_\_;
- 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*)
  - affetto da disturbo mentale o dello spettro autistico in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale Dipendenze-Centri di Salute Mentale o UONPIA;
  - disabilità mentale/intellettuale e/o psichica in carico ai servizi sociali o socio-sanitari
  - disabilità riconosciuta ai sensi dell'art. 3 della L.104/92 ss.mm.ii.

**CHIEDE**

di accedere al Programma **"Includis 2021"**.

Allega a tal fine:

- Copia verbale di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n.104.
- 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