

ALL.1)

Spett.le Ufficio di Piano
PLUS Distretto di Ozieri
Comune di Ozieri
Via Vittorio Veneto, n. 11
07014 Ozieri

**Oggetto: Domanda di partecipazione Avviso "Includis"- Progetti di Inclusione Socio
Lavorativa di persone con disabilità - 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. _____ Rec. Telefonico _____
mail _____

**Preso visione dell'avviso INCLUDIS "Progetti di inclusione socio-lavorativa di persone con disabilità –
Fondo Sociale Europeo 2014-2020", dei suoi allegati e delle linee guida**

CHIEDE

- Per sé;
- Per _____ nato a _____ il ___/___/_____
residente a via _____ n. _____ CAP _____
codice fiscale n. _____

Di essere ammesso a partecipare al percorso di inclusione socio lavorativa di cui all'oggetto

DICHIARA

– Di appartenere a una delle seguenti tipologie di destinatario (barrare la casella che interessa):

- disabilità riconosciuta ai sensi dell'art. 3 della L. n° 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.

– Di essere in carico presso il seguente servizio sociosanitario:

Servizio Sanitario	Indirizzo	Specialista di riferimento

Di essere in carico presso il seguente servizio sociale professionale:

Comune	Indirizzo	Assistente sociale/Operatore sociale

Di richiedere formale presa in carico da parte del Servizio Sociale Professionale del Comune di _____

Se minore, di aver assolto l'obbligo scolastico;

DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA CHE:

- le persone ammesse al percorso di inclusione socio-lavorativa saranno individuate di concerto con i servizi socio sanitari, 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;
- 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 una quota di questi potrà usufruire di un **Tirocinio di Orientamento, Formazione e inserimento/reinserimento**;
- Il Tirocinio avrà durata pari a 6 mesi;
- 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.

Firma

Si allega:

- copia del documento d'identità del sottoscrittore e, se diverso, del candidato destinatario;
- copia verbale riconoscimento L. n° 104/92 e ss. mm.ii (solo se in possesso);
- certificazione rilasciata dallo specialista del servizio pubblico o convenzionato;
- 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).

Autorizza il trattamento dei 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).

Data ____/____/____

Firma
