|  |  |
| --- | --- |
|  | Via Villa Comunale n.1 – 84073 Sapri (SA)  Telefono 0973/605542 – Fax 0973/605541  Sito web: [www.pianosociales9.it](http://www.pianosociales9.it/)  E-mail: [info@pianosociales9.it](mailto:info@pianosociales9.it) – Pec: [pianosociales9@pec.it](mailto:pianosociales9@pec.it) |

## ***ALLEGATO A***

## **Al Piano Sociale di Zona**

## **Ambito S09**

|  |  |
| --- | --- |
| **Oggetto:** | **DOMANDA DI AMMISSIONE “TIROCINI DI INCLUSIONE SOCIALE”.**  **PIANO ATTUAZIONE LOCALE (PAL)** **PER LA PROGRAMMAZIONE DELLE RISORSE DELLA QUOTA SERVIZI DEL FONDO POVERTÀ –**  **ANNUALITA’ 2020 CUP F21J20000230003 - ANNUALITA’ 2021 CUP F29I24000110003** |

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a (\_ ), il e residente a ( ), in via , CAP , Telefono , Cellulare , email , Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di destinatario diretto

**CHIEDE**

di essere ammesso alla selezione per lo svolgimento dei tirocini inclusivi **“Piano Attuazione Locale Povertà (PAL) – per la programmazione delle risorse della Quota Servizi del Fondo Povertà –Annualità 2020 e Annualita’ 2021**

*A tal uopo, ai sensi e per gli effetti dell’art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate e consapevole che i propri dati personali saranno trattati nel rispetto delle disposizioni di cui al D.Lgs 196/2003, Regolamento UE 679/2016 e D.Lgs 101 del 10/08/2018, per il quale esprime il proprio consenso*:

**DICHIARA**

* di aver preso visione del bando di selezione e di accettarne il contenuto;

**DICHIARA INOLTRE**

* di avere un'età compresa tra 18 anni compiuti e 65 non compiuti;
* di essere in stato di inoccupazione o disoccupazione certificate dal Centro per l’ Impiego;
* di avere la residenza nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di far parte del nucleo familiare beneficiario della misura ADI;
* di far parte del nucleo familiare il cui ISEE ha un valore non superiore a € 9.360,00;
* di essere preso in carico dal Servizio Sociale Professionale;
* che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. …componenti;
* che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. … componenti disabili con invalidità pari o superiore al 80%;
* che nessun componente del nucleo familiare benefici di altro tirocinio di inclusione, borsa lavoro o progetto di inclusione sociale e lavorativa o altre misure di sostegno al reddito promossi dall'ATS o dal Comune di residenza;
* che nessun componente del nucleo familiare benefici di altre misure di sostegno al reddito oltre alle misure di contrasto alla povertà di cui all’ oggetto ( NaspI, DIS- COLL, ecc)
* che il nucleo familiare ha una abitazione in locazione **;**

# **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

* copia documento di identità in corso di validità.
* Isee ordinario del nucleo familiare di appartenenza del beneficiario, completo e visibile in tutte le sue parti;
* Dichiarazione di presa in carico da parte del Servizio Sociale Professionale; ·
* Contratto di locazione.
* Certificazione rilasciata dall’ASL di appartenenza attestante la disabilità propria o dei familiari conviventi.

In fede

(luogo), lì / /