



Comune di Carbonia

Provincia del Sulcis Iglesiente



Distretto Sociosanitario di Carbonia

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

Pec: comcarbonia@pec.comcarbonia.org
E-mail: comcarbonia@comune.carbonia.su.it

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	



Comune di Carbonia

Provincia del Sulcis Iglesiente



Distretto Sociosanitario di Carbonia

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	



Comune di Carbonia

Provincia del Sulcis Iglesiente



Distretto Sociosanitario di Carbonia

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 e dell'adolescenza);
 - ☐ B - disabilità mentale/intellettuale 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/intellettuale 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



Comune di Carbonia

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
