



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo

PON
INCLUSIONE



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI



COMUNE DI GIOIOSA MAREA

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N.30

COMUNE CAPOFILA PATTI

(Patti - Brolo - Ficarra - Floresta - Gioiosa Marea - Librizzi - Montagnareale - Oliveri - Piraino -
Raccuia - San Piero Patti - Sant'Angelo di Brolo - Sinagra - Ucria)

Al Comune di

Distretto Socio Sanitario N.30

Avviso pubblico per l'attivazione di Tirocini di Inclusioni Sociale - "Piano Attuazione Locale (PAL) per la programmazione delle risorse della Quota servizi del Fondo Povertà- annualità 2021" - Comune di Gioiosa Marea - Distretto Socio Sanitario n. 30 - **Domanda di partecipazione.**

Istanza di partecipazione Tirocini di Inclusioni Sociale

Dati richiedente:

(Nel caso di variazioni dell'indirizzo o del recapito telefonico/email si prega di darne tempestiva comunicazione a questi uffici)

Il Sottoscritto/a

Cognome: _____

Nome: _____

nato/a a: _____ il _____

cittadinanza: _____

se extra UE: permesso di soggiorno n. _____ scadenza il _____ oppure permesso di soggiorno per soggiornanti di lungo periodo n. _____

data di rilascio _____

codice fiscale: _____

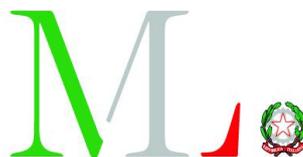
residente in _____ ()CAP _____

in via _____ N. _____

- cellulare _____
- Telefono _____
- e-mail _____

CHIEDE

di essere ammesso alla selezione dello svolgimento di Tirocini inclusivi - "Piano Attuazione Locale (PAL) per la programmazione delle risorse della Quota servizi del Fondo Povertà- annualità 2021" - Comune di Gioiosa Marea - Distretto Socio Sanitario n. 30



PREMESSO CHE

- Ø il tirocinio di inclusione sociale è finalizzato al perseguimento dell'autonomia delle persone e alla riabilitazione, inoltre costituisce una misura strategica tendente a favorire l'inserimento lavorativo dei soggetti svantaggiati;
- Ø il tirocinio di inclusione sociale non costituisce un rapporto di lavoro, ma trattasi di un percorso di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzato all'inclusione sociale, all'autonomia e alla riabilitazione delle persone prese in carico dai servizi sociali;
- Ø i tirocini verranno effettuati presso aziende, studi professionali o altri operatori economici (di seguito denominati soggetti ospitanti), selezionati tramite apposito avviso;
- Ø i soggetti richiedenti hanno letto e approvato, accettando in ogni sua parte, l'avviso di riferimento "Avviso pubblico per l'attivazione di Tirocini di Inclusione Sociale - "Piano Attuazione Locale (PAL) per la programmazione delle risorse della Quota servizi del Fondo Povertà- annualità 2021";
- Ø la durata del tirocinio è pari a 6 (sei) mesi;
- Ø il richiedente accetta tutti gli obblighi esplicitati nel suddetto avviso.

Il/La Sottoscritto/a _____ dichiara di essere in possesso dei requisiti previsti dall'art. 4 - Requisiti di accesso - dell'"Avviso pubblico per l'attivazione di Tirocini di Inclusione Sociale - "Piano Attuazione Locale (PAL) per la programmazione delle risorse della Quota servizi del Fondo Povertà- annualità 2021". Inoltre, il richiedente dichiara:

· **ISEE**

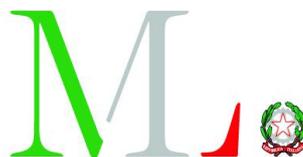
| VALORE | (barrare la casella di riferimento) |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| Reddito di €0 | |
| Reddito da €0,01 a €1.000,00 | |
| Reddito da €1.000,01 a €2.000,00 | |
| Reddito da €2.000,01 a €3.000,00 | |
| Reddito da €3.000,01 a €4.000,00 | |
| Reddito da €4.000,01 a €5.000,00 | |
| Reddito oltre €5.000,01 | |

· **Composizione nucleo familiare:**

| VALORE | (barrare la casella di riferimento) |
|--------------------------|-------------------------------------|
| Nessun figlio a carico | |
| n. 1 figli a carico | |
| n.2 figli a carico | |
| n. 3 figli a carico | |
| n.4 o più figli a carico | |

· **Altro**

| VALORE | (barrare la casella di riferimento) |
|--|-------------------------------------|
| Nucleo familiare con abitazione in locazione | |
| Destinatario dell'Azione ultracinquantenne | |
| Nucleo familiare a carico del Servizio Sociale Professionale | |
| Nucleo familiare monogenitoriale | |



· **Grado di istruzione:**

| Titolo di studio/corso professionale | Tipologia |
|--------------------------------------|-----------|
| 1. Diploma | |
| 2. Laurea | |
| 3. Qualifica professionale | |

Le dichiarazioni rese dagli interessati, ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, saranno oggetto di verifiche e controlli, anche a campione, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite. Ai sensi dell'art.75 del richiamato decreto, e fermi restando quanto previsto dall'art.76 dello stesso, l'accertamento della non veridicità di quanto dichiarato, in qualsiasi momento, comporterà la decadenza, previa adozione di motivato provvedimento, dai benefici previsti dal presente avviso pubblico e dagli eventuali effetti conseguenti. In caso di dichiarazioni mendaci i beneficiari, oltre ad incorrere nelle sanzioni penali previste dalle leggi vigenti, sono tenuti alla restituzione delle somme indebitamente percepite.

Il sottoscritto allega alla presente domanda:

- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- Modello I.S.E.E in corso di validità;
- Eventuale dichiarazione di presa in carico da parte del Servizio Sociale comunale;
- Certificazione che attesta competenze professionali e/o informatiche, se posseduta;
- Contratto di locazione.

Autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e del GDPR (Regolamento UE2016/679).

Luogo e Data _____

Firma _____