

Oggetto: **ATTIVAZIONE DI PERCORSI FORMATIVI INTEGRATI PER L'INSERIMENTO LAVORATIVO E PER LA CREAZIONE DI IMPRESA O DI TIROCINI FINALIZZATI ALL'INCLUSIONE SOCIALE, ALL'AUTONOMIA DELLE PERSONE E ALLA RIABILITAZIONE RELATIVI AL PROGETTO PON DEL SOSTEGNO PER L'INCLUSIONE ATTIVA (SIA) DI CUI ALL'AVVISO N. 3/2016 DEL MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI -FSE 2014-2020, CCI N. 2014IT05SFOP001. CUP: J31E18000010006. DOMANDA DI AMMISSIONE.**

AL COMUNE DI BIVONA

Ufficio Servizi Sociali
Piazza Ducale
92010 Bivona (AG)

Tramite il Comune di

.....
.....
.....

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente nel Comune di _____ in via _____
_____ codice fiscale _____
_____ telefono _____ mail _____

CHIEDE

di essere ammesso alla selezione per lo svolgimento di (è possibile indicare una sola scelta):

- PERCORSI FORMATIVI INTEGRATI PER L'INSERIMENTO LAVORATIVO E PER LA CREAZIONE DI IMPRESA**
 TIROCINI FINALIZZATI ALL'INCLUSIONE SOCIALE, ALL'AUTONOMIA DELLE PERSONE E ALLA RIABILITAZIONE

di cui al progetto **PON DEL SOSTEGNO PER L'INCLUSIONE ATTIVA (SIA) DI CUI ALL'AVVISO N. 3/2016 DEL MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI -FSE 2014-2020, CCI N. 2014IT05SFOP001. CUP: J31E18000010006.**

Per tale finalità e nella piena consapevolezza di quanto previsto dal D.P.R. n. 445/2000, art. 76, in caso di affermazioni false e mendaci

DICHIARA (barrare con una X le caselle di interesse)

- di avere la residenza nel Comune di _____;
 di far parte di nucleo familiare **beneficiario della misura SIA, oggi REI / RdC**, preso in carico dall'Equipe multidisciplinare;
 di far parte di nucleo familiare il cui componente abbia sottoscritto apposito patto di servizio con il CPI di impegno nella ricerca attiva di lavoro e/o piano personalizzato;
 di far parte di nucleo familiare in cui nessun componente sia inserito/a in altri progetti lavorativi e/o formativi, o altri interventi assistenziali comunali;

- di non beneficiare di altre misure di sostegno al reddito oltre **alla misura SIA, oggi REI / RdC**;
- di essere disponibile ad effettuare il percorso formativo o tirocinio inclusivo da svolgersi presso i Comuni facenti parte del Distretto Socio Sanitario n. 2;
- di essere a conoscenza che il percorso formativo o tirocinio inclusivo non si configura, in nessun caso, come rapporto di lavoro né subordinato né di natura autonoma;
- di rinunciare ad altre misure assistenziali comunali e/o distrettuali al momento dell'attivazione del tirocinio;
- che il reddito di ISEE del proprio nucleo familiare è pari a € _____, come desumibile dal modello allegato alla presente;
- che il proprio nucleo familiare è composto da _____, compreso il sottoscritto;
- che nel proprio nucleo familiare vi è / non vi è almeno un soggetto disabile;
- che il sottoscritto è / non è una persona soggetta a detenzione penale esterna;
- che il sottoscritto è / non è un ex detenuto o un soggetto con dipendenze certificate;
- che il sottoscritto è / non è in carico al CSM;
- che l'importo mensile del SIA/REI/RdC percepito è pari ad a € _____;
- di accettare tutte le disposizioni contenute nel presente Avviso pubblico di indizione della selezione; (solo nel caso della scelta dell'utente dei percorsi formativi) il sottoscritto chiede, nei casi previsti dall'Avviso di estendere la partecipazione al percorso formativo del familiare _____ facente parte del proprio nucleo familiare.

Si allega:

- Copia fotostatica del documento di riconoscimento in corso di validità
- Modello ISEE in corso di validità

_____, li _____

FIRMA

Ai sensi del GDPR n. 679/2016 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali" acconsento al trattamento dei miei dati personali nei termini e con le modalità indicate dall'avviso pubblico.

_____, li _____

FIRMA
