

**Al Comune di Polistena  
Capofila ATS**

## **AVVISO PUBBLICO**

### **Per l'attivazione di n. 79 Tirocini di Inclusione Sociale destinati a percettori di Assegno di Inclusione ADI/SFL**

*a valere sulla Quota Servizi Fondo Povertà Annualità 2022*

*CUP: I21H24000050007*

### **Allegato A**

\_l\_ sottoscritt\_ (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

Nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

In data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Codice Fiscale

Recapito telefonico: fisso \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

e\_mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Pec \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

di aderire all'avviso in oggetto,

All'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

### **DICHIARA**

di aver preso visione dell'avviso in oggetto e di accettarne integralmente e incondizionatamente il contenuto;

di essere cittadino residente in uno dei comuni dell'ambito Territoriale di Polistena;

di appartenere ad un nucleo familiare (*barrare con una X la categoria di appartenenza*)

a) beneficiario dell'Assegno di Inclusione, intestato a (nome del titolare del beneficio)

\_\_\_\_\_

b) in possesso di ISEE 2024 non superiore a € 9.360.00 e per il quale sussiste la condizione per una "presa in carico sociale", così come indicato nella circolare del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Registro Ufficiale u. 0001033 del 19.01.2024, ossia, "la funzione esercitata dal servizio sociale professionale in favore di una persona o di un nucleo familiare in risposta ai bisogni complessi che richiedono interventi personalizzati di valutazione, consulenza, orientamento, attivazione di

prestazioni sociali, nonché attivazione di interventi in rete con le altre risorse e servizi pubblici e privati del territorio, al fine di identificare percorsi di accompagnamento all'autonomia”.

di appartenere ad un nucleo familiare non beneficiario di altre misure di politiche attive\* del lavoro\*\*

di appartenere ad un nucleo familiare non beneficiario di altre misure di sostegno al reddito oltre alla misura di contrasto alla povertà di cui all'oggetto (Naspi, DIS, COLI, ecc.);

di avere un'età compresa tra i 18 anni compiuti e i 67 non compiuti\*\*\*;

di non essere collocato/a in pensione;

di essere, in condizioni di disoccupazione/inoccupazione, ai sensi del D. Lgs 150/2015, dal \_\_\_\_\_;

di avere rilasciato dichiarazione di immediata disponibilità allo svolgimento di politica attività lavorativa e alla partecipazione alle misure di politica attiva del lavoro (DID) concordate con il Centro per l'Impiego di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ ai sensi del D. Lgs n. 181/2000 così come modificato dal D. Lgs n. 297/2002;

di essere consapevole che potrà beneficiare della presente misura un solo componente per nucleo familiare ed esclusivamente chi ha presentato la relativa domanda;

che nessun componente del nucleo familiare è stato sottoposto a misura cautelare personale, anche adottata a seguito di convalida dell'arresto o di fermo, nonché sia stato condannato in via definitiva, nei dieci anni precedenti la richiesta, per i delitti previsti dagli articoli 270-bis, 280, 289-bis, 416bis, 416-ter, 422 e 640-bis del codice penale, per i delitti commessi avvalendosi delle condizioni previste dal predetto articolo 416-bis ovvero al fine di agevolare l'attività delle associazioni previste dallo stesso articolo;

di assicurare la completa adesione e partecipazione agli impegni assunti con la sottoscrizione del Progetto Personalizzato \_ PaiS (Patto di Inclusione).

### **CITTADINANZA (Selezionare una delle voci sotto indicate)**

Di essere

Cittadino italiano

Cittadino dell'Unione Europea

Cittadini di paesi terzi in possesso del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo, ovvero cittadino di paesi terzi titolare del diritto di soggiorno o diritto di soggiorno permanente e familiare di un cittadino italiano o dell'Unione Europea o apolide

Titolare di protezione internazionale.

Qualora sia stata barrata la casella "Cittadino dei paesi terzi in possesso del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo, ovvero cittadino di paesi terzi titolare del diritto di soggiorno o diritto di soggiorno permanente e familiare di un cittadino italiano o dell'Unione Europea o apolide" oppure "Titolare di protezione internazionale" compilare i seguenti campi:

numero del permesso \_\_\_\_\_ data di rilascio \_\_\_\_\_

eventuale data di scadenza \_\_\_\_\_

Ente che ha rilasciato il permesso \_\_\_\_\_

richiesto rinnovo del permesso di soggiorno \_\_\_\_\_

**DICHIARA INOLTRE CHE:**

**1. Il proprio nucleo familiare, per come risultante in anagrafe comunale, è così composto:**

COGNOME E NOME	GRADO DI PARENTELA	DATA DI NASCITA
	<b>richiedente</b>	

**2. Nel nucleo familiare vi sono n. \_\_\_\_\_ componenti minorenni;**

**3. Di essere disoccupato/inoccupati da n. mesi \_\_\_\_\_;**

**4. Il Progetto Personalizzato del singolo beneficiario dovrà essere condiviso e sottoscritto con il Servizio Sociale Professionale e specificherà il ruolo ed i compiti che il tirocinante svolgerà all'interno dell'Ente ospitante;**

**5. Di essere consapevole che l'accertamento della non veridicità del contenuto della presente dichiarazione e delle ulteriori dichiarazioni rilasciate comporterà l'applicazione delle sanzioni e/o revoca dell'assegnazione;**

**6. Di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.**

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

*Informativa Privacy*

*I dati personali forniti e rilevati nella presente Scheda, nel rispetto delle vigenti disposizioni, saranno trattati e utilizzati per i fini connessi all'espletamento del Progetto di inclusione e per i fini istituzionali dell'ATS Polistena.*

*Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria in quanto indispensabile per l'espletamento delle procedure richieste. Il rifiuto del conferimento dei dati oppure la mancata indicazione di alcuni di essi potrà comportare l'annullamento del percorso di inclusione per impossibilità a realizzare gli obiettivi identificati.*

*Il trattamento dei dati sarà effettuato anche con l'ausilio di mezzi informatici e potranno essere comunicati agli altri soggetti coinvolti nella gestione del procedimento e a quelli demandati all'effettuazione dei controlli previsti dalla vigente normativa.*

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

**DOCUMENTI DA ALLEGARE:**

- Copia del documento d'identità, in corso di validità, del richiedente;
- Copia dell'attestazione ISEE (Isee Ordinario) del nucleo familiare del richiedente, in corso di validità;
- Copia del Permesso di Soggiorno (eventuale ricevuta di rinnovo dello stesso) o Carta di Soggiorno in corso di validità.