



**Avviso Pubblico**

**per l’attivazione di Tirocini di Inclusione sociale e lavorativa**

Modello di Domanda

AL **SEGRETARIATO SOCIALE**

del Comune di

**RIANO**

\_\_l sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nat\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l’ammissione a progetti di inclusione attiva della durata di 6 mesi, attraverso l’attivazione di tirocini di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzati all’inclusione sociale, all’autonomia delle persone e alla loro riabilitazione, previsti dal Comune di Riano.

All’uopo,

**DICHIARA**

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell’art.76, D. Lgs. n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell’art. 75 del suddetto Decreto Legislativo, di essere in possesso di uno o più requisiti di seguito riportati:

1. età compresa tra 18-64 anni;
2. essere in stato di disoccupazione ai sensi dell’articolo 19, comma 1, del decreto legislativo 14 settembre 2015, n. 150;
3. non essere beneficiario della misura del reddito di cittadinanza;

 **DICHIARA INOTLRE**

Di aver preso visione dell’Avviso e di accettarne ogni condizione in esso contenuta

Allega alla presente domanda la seguente documentazione:

* Documento di identità in corso di validità del richiedente;
* Autodichiarazione in merito al punto 1 dell’art 2 (Presenza all’interno del nucleo familiare di minori e/o disabili);
* Copia certificazione legge 104/92 in caso di presenza di minori e/o disabili nel nucleo familiare;
* Autodichiarazione in merito al punto 2 dell’art 2 (Nucleo monoparentale);
* Copia certificazione ISEE in corso di validità;
* Documentazione necessaria a provare altre situazioni di disagio, di cui al punto 4 dell’art. 2.

Richiede inoltre che l’indennità mensile venga accreditata sul seguente IBAN intestato o cointestato al sottoscritto

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

di autorizzare il trattamento dei dai personali, ai sensi delle vigenti normative.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 del Consorzio.

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

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_