**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AVVISO PUBBLICO “INCLUDIS 2024”**

**(Allegato 1A)**

Spett.le Ufficio di Piano Plus Ovest

p.zza San Pietro 6

09050 Villa San Pietro

**DATI DEL RICHIEDENTE**

Il/La sottoscritto/a:

**Nome e Cognome** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nato/a a** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

**CodiceFiscale:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Citt**adinanza:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Telefono:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Residente a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Via/Piazza:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CAP:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Domiciliato a:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Via/Piazza:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **CAP:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**In qualità di:**

☐ Richiedente

☐ Genitore (se minore)

☐ Tutore legale

☐ Amministratore di sostegno (Ads):

**CHIEDE**

di partecipare all’Avviso pubblico **“INCLUDIS 2024 – Progetti di inclusione socio-lavorativa di persone con disabilità”**, promosso dal **PLUS Area Ovest – Comune capofila: Villa San Pietro**, e di essere inserito/a nel percorso di selezione per l’ammissione al progetto secondo le modalità indicate.

**DICHIARA**

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false, quanto segue:

* Di essere attualmente **non occupato/a**
* Di rientrare in una delle seguenti voci: (barrare la voce corrispondente):  
  ☐ A. Persona con disturbo mentale o dello spettro autistico in carico ai DSM – CSM o UONPIA  
  ☐ B. Persona con disabilità mentale/intellettiva e/o psichica in carico a servizi sociali o socio-sanitari  
  ☐ C. Persona con disabilità riconosciuta ai sensi dell’art. 3 della Legge 104/92 ss.mm.ii.
* Se minore, di aver **compiuto 16 anni** e **assolto l’obbligo scolastico**
* Di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR n. 679/2016 e del D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii.

**SI ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA**

☐ Copia di un valido documento di identità del richiedente e/o del tutore/genitore e/o dell’Amministratore di sostegno (Ads);

☐ Copia del decreto di nomina dell’Amministratore di sostegno (obbligatorio nel caso di domanda compilata dall’Amministratore di sostegno);  
☐ Copia della **certificazione di presa in carico Modulo 1B** (per le persone di cui all’art. 2, lettere A e B dell’avviso)  
☐ Copia del **verbale di riconoscimento della disabilità ai sensi della L.104/92** (per le persone di cui all’art. 2, lettere C dell’avviso)

☐ Altro (specificare): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), si informa che i dati raccolti saranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla gestione del presente procedimento amministrativo. Il Titolare del trattamento è il Comune di Villa San Pietro, in qualità di Ente capofila del PLUS Area Ovest.

**DICHIARAZIONE FINALE**

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver letto integralmente l’Avviso e l’informativa privacy e di accettarne tutte le condizioni.

**Luogo e data:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del richiedente/genitore/tutore/Ads**

*(leggibile)*

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