Al Comune di Sulmona

ECAD dell’ADS n. 4 Peligno

MODULO DI DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALL’AVVISO PUBBLICO PER L’INDIVIDUAZIONE DEI DESTINATARI DEL PROGETTO “IncludiAMO”, rivolta ai i candidati, nella fascia d’età dai 18 anni -

CUP : C99I23001900001

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di:

 Diretto interessato

Familiare:

 Tutore

 Amministratore di sostegno

 Altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

di partecipare al progetto “IncludiAMO”, linea di intervento che prevede ATTIVITA’ VOLTE ALLA FORMAZIONE E ALL’INCLUSIONE LAVORATIVA

A TAL FINE DICHIARA

1 la composizione del nucleo famigliare è la seguente:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome e nome | Luogo di Nascita | Data di Nascita | parentela | Certificazione Invalidità (Invalidità  Civile, Indennità di  accompagnamento, L.104/92 , indicare la percentuale) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

2 la situazione reddituale è la seguente

|  |  |
| --- | --- |
| Soglie ISEE |  |
| Da 0 a 3000,00 € |  |
| Da 3001,00 a 6000,00 |  |
| Da 6001,00 a 9000,00 |  |
| Da 9001,00 a 15.000,0, |  |
| Oltre 15.001,00 |  |

Il/la sottoscritto/a informato/a ai sensi dell’art. 13 DEL Reg. UE 679/2016 relativo al trattamento ed alla protezione dei dati personali, che i dati personali volontariamente forniti necessari per l’istruttoria della pratica sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l’attività di valutazione e che gli stessi saranno utilizzate e comunicate anche all’ASL e alla Regione Abruzzo, per lo svolgimento delle fasi endoprocedimentali rientranti nella competenza degli stessi Enti. I suddetti dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell’Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all’Unione Europea. Il soggetto potrà esercitare i diritti di cui al succitato Regolamento UE GDPR n. 679/2016 (Capo III). Il diritto di accesso dell’interessato alle informazioni sul trattamento dei dati personali che lo riguardano e altri diritti dell’interessato sono disciplinati dall’art. 15 all’art. 21 del Regolamento UE n. 679/2016. L’interessato può proporre una segnalazione o un reclamo, in materia di trattamento dei dati personali, all’autorità di controllo Garante Privacy. Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell’art. 76 D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell’art. 75 del suddetto D. Lgs. Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare all’ADS 4 le ragioni di impossibilità a prendere parte al progetto o eventuali variazioni della propria vita quotidiana e familiare rispetto alle condizioni presenti al momento della richiesta.

Si allega al presente Modulo di Domanda (allegato A) :

* Copia del documento di identità in corso di validità della persona con disabilità
* Copia della certificazione della L. 104/92 e certificazione di invalidità del richiedente
* Diagnosi del servizio di neuropsichiatria del Servizio Sanitario Nazionale
* Nei casi di persone con disturbo dello spettro autistico rappresentate da terzi copia del provvedimento di protezione giuridica o altra documentazione che legittimi l’istante a rappresentare la persona disabile unitamente ad un documento di identità in corso di validità
* Titolo di soggiorno se cittadino straniero
* Certificazione ISEE ordinario in corso di validità
* Copia della eventuale certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92 o certificazione di invalidità di altri componenti del nucleo familiare

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell’art. 12 dell’Avviso sul trattamento dei dati personali di cui all’articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 ed esprime formale autorizzazione.

Luogo e data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA