



ALLEGATO 1

INCLUDIS 2024

Progetti di Inclusione socio-lavorativa di persone con disabilità

PR FSE + 2021-2027 Priorità 3 Inclusione e lotta alla povertà_

Obiettivo Specifico h) ESO 4.8_ Settore di intervento 153

All'Ambito PLUS di Oristano
Comune di Oristano
Piazza Eleonora d'Arborea n. 44
09170 ORISTANO

Oggetto: Domanda di partecipazione a Progetti di inclusione socio – lavorativa di persone con disabilità - INCLUDIS 2024 PR Sardegna FSE+ 2021-2027

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente in _____ Via/Piazza _____ n° _____
e domiciliato in _____ Via/Piazza _____ n° _____
Codice Fiscale _____ tel/cell _____
pec _____ e mail _____

Preso visione dell'avviso "Progetti di inclusione socio-lavorativa di persone con disabilità –INCLUDIS 2024 - Fondo Sociale Europeo 2021-2027", dei suoi allegati e delle Linee guida

CONSAPEVOLE CHE

- le persone ammesse al percorso di inclusione socio-lavorativa saranno individuate di concerto con i servizi socio-sanitari, sulla base di una accurata e documentata analisi di un evidente fabbisogno di protezione e inclusione sociale nello specifico contesto di riferimento, nonché di una effettiva possibilità di affrontare i percorsi proposti (secondo quanto previsto dall'art. 6 dell'Avviso Pubblico RAS);
- i destinatari individuati potranno beneficiare di un percorso di accesso e presa in carico. Una parte di essi potrà usufruire di un percorso di orientamento specialistico e SOLO coloro che saranno ritenuti idonei potranno accedere ad un Tirocinio di Orientamento, Formazione, inserimento/reinserimento;
- l'indennità, corrisposta ESCLUSIVAMENTE a chi intraprenderà il percorso di tirocinio, è considerata, dal punto di vista fiscale, quale reddito assimilato a quelli di lavoro dipendente (art. 50, co. 1, lett. c), DPR n. 917/1986 TUIR -ris. A.E. n. 95/E/2002;
- non si darà luogo a graduatorie, ma i destinatari saranno scelti di concerto con i servizi socio-sanitari dell'Ambito territoriale PLUS di Oristano.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 (dichiarazione sostitutiva di certificazione) e dell'art. 47 (dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà) del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii. :

per sé
 per il proprio amministrato / familiare (indicare grado di parentela) (*Nome e Cognome*)
_____, nato/a a _____ provincia
di (_____) il ___/___/___ C.F. _____ e
residente a _____ (cap _____)
in Via/Piazza _____ n. ____
Recapito telefonico _____
E – mail _____ pec _____

- Di essere maggiorenne o di essere minorenni che ha compiuto 16 anni e assolto l'obbligo di istruzione;
- Di non essere occupato;
- Di essere interessato a partecipare al percorso di inclusione socio – lavorativa di cui all'oggetto;

di essere in una delle seguenti condizioni (*barrare solo la casella che interessa*):

- disabilità riconosciuta ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 104/1992 ss.mm.ii;
- di essere affetto/a da disturbo mentale o dello spettro autistico e di essere in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze –Centri di salute Mentale o UONPIA ;
- di avere una disabilità mentale/intellettuale e/o psichica e di essere in carico ai servizi sociali o socio – sanitari;
- di essere in carico al seguente servizio sociale / servizio sociosanitario:

Specificare nominativo dell'operatore di riferimento e l'indirizzo e-mail del servizio:

- di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 e del D. Lgs. n. 196/2003 modificato dal D. Lgs. n. 101/2018

CHIEDE

di accedere al Programma "INCLUDIS 2024".

Allega a tal fine:

- (per i destinatari della lettera A o B) certificazione attestante la patologia mentale/intellettuale e/o psichica rilasciata dallo specialista del servizio pubblico o convenzionato che ne detiene la presa in carico o dello specialista di riferimento;
- (per i destinatari della lettera C) copia verbale riconoscimento disabilità grave di cui all'art.3 L104/92 (senza omissis);
- copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario se persona diversa dal richiedente;
- copia della tessera sanitaria;
- copia del Decreto del Tribunale di nomina Amministratore di sostegno/tutore laddove presente;

Luogo e Data

Firma
