



**ALLEGATO A - Modello domanda Avviso Tirocini di inclusione
AZIONE c – I.T.I.A.**

**All'Ambito Territoriale N25
C.SO VITTORIO EMANUELE – PALAZZO DELL'OROLOGIO
POMIGLIANO D'ARCO**

AVVISO PUBBLICO

Per l'individuazione dei beneficiari dei tirocini di inclusione sociale, nell'ambito di attuazione dell'azione c) tirocini di inclusione sociale, finanziati a valere sulle azioni 9.1.2, 9.1.3, 9.2.1, 9.2.2 del programma I.T.I.A. Intese Territoriali di Inclusione Attiva P.O.R. Campania FSE 2014-2020, asse II obiettivi specifici 6 – 7.

Il sottoscritto (*Cognome e nome*)

nato a _____ il ____/____/____

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

residente nel seguente Comune dell'Ambito Territoriale A1 (*Comune di residenza*)

Via/Piazza _____ n° civico _____

telefono _____ altro recapito _____

CHIEDE

Di essere ammesso ai progetti di inclusione attiva attraverso **tirocini di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla loro riabilitazione**, così come definiti dall'AVVISO PUBBLICO PER L'INDIVIDUAZIONE DI UTENTI IN FAVORE DEI QUALI ATTIVARE TIROCINI DI INCLUSIONE SOCIALE Intervento programmato nell'ambito del progetto I.T.I.A. INTESE TERRITORIALI DI INCLUSIONE ATTIVA P.O.R. CAMPANIA FSE 2014-2020, ASSE II OBIETTIVI SPECIFICI 6 -7, AZIONE C) Tirocini di inclusione sociale (Azioni 9.1.3, 9.2.1, 9.2.2)

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci;

DICHIARA

DI TROVARSI IN UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI (Barrare la casella interessata):

PERSONA IN CONDIZIONE DI SVANTAGGIO E VULNERABILITA' SOCIALE PRESA IN CARICO DAI SERVIZI SOCIALI, SOCIOSANITARI E/O SANITARI DEL TERRITORIO;

PERSONA CON UNA DISABILITÀ PSICHICA, FISICA E SENSORIALE CERTIFICATA DA ISTITUZIONE PUBBLICA.

DICHIARA INOLTRE

DI ESSERE NELLA CONDIZIONE DI DISOCCUPAZIONE O INOCCUPAZIONE CERTIFICATO DAL CENTRO PER L'IMPIEGO (CPI);

DI NON ESSERE INSERITO IN ALTRE ATTIVITÀ DI TIROCINIO O PROGETTI DI INCLUSIONE LAVORATIVA E/O PERCORSI FORMATIVI;

DI ESSERE IN POSSESSO DI ATTESTAZIONE ISEE 2019 (UTILIZZATO AI FINI REI/ REDDITO DI CITTADINANZA) PARI AD € _____;

CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE È COSÌ COMPOSTO:

NUMERO ADULTI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE _____;

NUMERO MINORI _____;

NUCLEO MONOGENITORIALE (INDICARE SÌ O NO) _____;

PERSONE CON DISABILITÀ ESCLUSO IL RICHIEDENTE (CON CERTIFICAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE 104, ART. 3, COMMA 3 O INVALIDITÀ CIVILE 100 % CON DIRITTO ALL'INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO) NR: _____ .

NUMERO DISOCCUPATI DA MENO DI SEI MESI _____;

NUMERO DISOCCUPATI DA OLTRE SEI MESI FINO AD UN ANNO _____;

NUMERO DISOCCUPATI DA OLTRE UN ANNO _____;

Si allega:

1. Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità;
2. Attestazione ISEE del nucleo familiare, in corso di validità;
3. Certificazione relativa alla disabilità del richiedente e/o dei componenti del nucleo familiare di appartenenza;
4. Certificazione rilasciata dal CPI relativa alla situazione di inoccupazione/disoccupazione del richiedente e/o dei componenti del nucleo familiare di appartenenza.
5. Informativa sul trattamento dei dati debitamente sottoscritta.

(luogo e data)

(firma del dichiarante)
