

Oggetto: **ATTIVAZIONE DI TIROCINI FINALIZZATI ALL'INCLUSIONE SOCIALE, ALL'AUTONOMIA DELLE PERSONE E ALLA RIABILITAZIONE. PROGETTO PATTI PER L'INCLUSIONE SOCIALE (PaIS) DI CUI ALL'AVVISO N.1/2019 DEL MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI - CUP: D22E20000540007**

AL COMUNE DI
Ufficio Servizi Sociali

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente nel Comune di _____ in via _____
_____ codice fiscale _____
_____ telefono _____ mail _____

CHIEDE

di essere ammesso alla selezione per lo svolgimento di:

☒ TIROCINI FINALIZZATI ALL'INCLUSIONE SOCIALE, ALL'AUTONOMIA DELLE PERSONE E ALLA RIABILITAZIONE

di cui al progetto **PATTI PER L'INCLUSIONE SOCIALE (PaIS) DI CUI ALL'AVVISO N.1/2019 DEL MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI - CUP: D22E20000540007**

Per tale finalità e nella piena consapevolezza di quanto previsto dal D.P.R. n. 445/2000, art. 76, in caso di affermazioni false e mendaci

DICHIARA (barrare con una X le caselle di interesse)

- di avere la residenza nel Comune di _____;
- di far parte di nucleo familiare **beneficiario della misura RdC**, preso in carico dall'Equipe multidisciplinare;
- di far parte di nucleo familiare il cui componente abbia sottoscritto apposito patto di servizio con il CPI di impegno nella ricerca attiva di lavoro e/o piano personalizzato;
- di far parte di nucleo familiare in cui nessun componente sia inserito/a in altri progetti lavorativi e/o formativi, o altri interventi assistenziali comunali;
- di non beneficiare di altre misure di sostegno al reddito oltre alla misura **RdC**;
- di essere disponibile ad effettuare il tirocinio inclusivo da svolgersi presso i Comuni facenti parte del Distretto Socio Sanitario n. 34;
- di essere a conoscenza che il tirocinio inclusivo non si configura, in nessun caso, come rapporto di lavoro né subordinato né di natura autonoma;
- di rinunciare ad altre misure assistenziali comunali al momento dell'attivazione del tirocinio;
- che il reddito di ISEE del proprio nucleo familiare è pari a € _____, come desumibile dal modello allegato alla presente;

- ☒ che il proprio nucleo familiare è composto da _____, compreso il sottoscritto;
- ☒ che nel proprio nucleo familiare vi è / non vi è almeno un soggetto disabile;
- ☒ che il sottoscritto è / non è soggetto in esecuzione penale esterna;
- ☒ che il sottoscritto è / non è un ex detenuto o un soggetto con dipendenze certificate;
- ☒ che il sottoscritto è / non è in carico al CSM;
- ☒ che l'importo mensile del RdC percepito è pari ad a € _____;
- ☒ di accettare tutte le disposizioni contenute nel presente Avviso pubblico di indizione della selezione;

Si allega:

- Copia fotostatica del documento di riconoscimento in corso di validità;
- Modello ISEE in corso di validità;

_____, li _____

FIRMA

Ai sensi del GDPR n. 679/2016 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali" acconsento al trattamento dei miei dati personali nei termini e con le modalità indicate dall'avviso pubblico.

_____, li _____

FIRMA
