Comune di Mogoro Prot. n. 0009608 del 20-08-2025 partenza Cat. 7 Cl. 15

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

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA'

per la partecipazione a Progetti di inclusione socio-lavorativa di persone con disabilità

Il / La sottoscritt_____

nat__a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n._____

codice fiscale _____

tel _____

e-mail _____

Presa 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 Ales Terralba

Comune di Mogoro Prot. n. 0009608 del 20-08-2025 partenza Cat. 7 Cl. 15

DICHIARA

- per sé
- per il proprio amministrato _____

nato/a a _____Provincia di (_____) il ____/____/____

C.F._____

residente a _____ (cap _____)

In Via/Piazza _____ n. _____

□ di essere interessato a intraprendere il percorso di inclusione socio lavorativa secondo le modalità precedentemente indicate;

□ di essere persona non occupata;

di essere in una delle seguenti condizioni (barrare 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 in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze –Centri di salute Mentale o UOMPIA (specificare il servizio):

_____

□ di avere una disabilità mentale/psichica e di essere in carico al seguente servizio socio-sanitario:

_____;

□ di essere in carico al seguente servizio sociale/ servizio sociosanitario:

_____

Specificare indirizzo del servizio /medico di riferimento:

_____

ALLEGA:

- copia verbale riconoscimento disabilità grave di cui all'art.3 L104/92 (senza omissis) o certificazione attestante la patologia mentale/intellettiva e/o psichica rilasciata dallo specialista del servizio pubblico o convenzionato che ne detiene la presa in carico o dello specialista di riferimento;
- copia del documento di identità del richiedente e del beneficiario se persona diversa dal richiedente;
- copia del Decreto del Tribunale di nomina Amministratore di sostegno/tutore laddove presente;
- ISEE sociosanitario in corso di validità;
- informativa sul trattamento dei dati personali;

Il sottoscritto chiede di essere contattato ai seguenti recapiti:

Tel._____e-mail:_____

Data_____

Firma

_____

Comune di Mogoro Prot. n. 0009608 del 20-08-2025 partenza Cat. 7 Cl. 15