

PR FSE+ ABRUZZO 2021-2027
OBIETTIVO “INVESTIMENTI A FAVORE DELL'OCCUPAZIONE E DELLA CRESCITA”

MODULO DI ISCRIZIONE ALL'INTERVENTO PER UTENTI

ANAGRAFICA	
DD approvazione Bando/Avviso	DPG022/142 DEL 11.07.2023
ID Scheda di Intervento	3.k.8.1
Denominazione Scheda intervento	Abruzzo include 2 (Prima edizione)
Priorità	III Inclusione e protezione sociale
Obiettivo specifico	k
Azione	3.k.8.1 – Abruzzo Include 2
Titolo del progetto	I.P.S.O. - (Inclusione, Protezione Sociale e Occupabilità)
CUP	C29I23000900006
Avvio progetto	19 gennaio 2024
Conclusione progetto	31 dicembre 2025
Soggetto Responsabile dell'Attuazione (SRA)	Regione Abruzzo

All'ECAD / Comune di _____
 (inserire dati così come evidenziati
 nel punto 7. dell'Avviso – Indirizzo e pec)

**Oggetto: Programma Regionale Fondo Sociale Europeo Plus 2021-2027. Obiettivo di policy 4
 "Un'Europa più sociale". Priorità III - "Inclusione e protezione sociale" - "Azione
 3.k.8.1.Abruzzo include 2" prima edizione - AVVISO Abruzzo Include 2.
Candidatura progetto "I.P.S.O. – Abruzzo Include 2"**

...I... sottoscritto/a

nato/a il [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] a..... Prov.

Stato.....

Codice Fiscale []

Tel. Cell. _____ mail _____

fa domanda di partecipazione all'intervento indicato in oggetto.

Se utente preso in carico ai sensi della DGR 143/2023 barrare la casella

**A tale scopo consapevole della responsabilità penale cui può incorrere ai sensi dell'artt. 75 e 76 del D.P.R.
 445/20000 in caso di dichiarazione mendace**

DICHIARA

di avere la cittadinanza:

Area Geografica/Nazione	Indicare il Paese corrispondente
1. Italia	[]
2. Altri paesi UE	[]
3. Paesi europei non UE	[]
4. Paesi europei non UE del mediterraneo	[]
5. Africa	[]
6. Asia	[]
7. America	[]
8. Oceania	[]

- di risiedere in Via/Piazza.....

n° Località Comune Appartenente

all'ADS n. _____ Denominato _____

C.A.P. Prov.

(Nel caso in cui la residenza non coincida con il domicilio)

di avere il domicilio in Via/Piazza

n° Località Comune

C.A.P. Prov. :

di essere iscritto al Centro per l'impiego di _____

dal (indicare mese e anno) |__|_|/|__|_|_|_|

1. Di essere disoccupato / Inoccupato ai sensi del D.Lgs. 150/2015:

1. Da oltre 24 mesi	<input type="checkbox"/>
2. Da oltre un anno ed entro i 24 mesi	<input type="checkbox"/>
3. Fino ad un anno	<input type="checkbox"/>
4. Inoccupato	<input type="checkbox"/>

2. Di appartenere al/ai seguente /i gruppo/i di vulnerabilità (almeno uno, comunque indicare tutte le vulnerabilità possedute)

soggetti svantaggiati ai sensi della legge 104 artt. 3 comma 1 e 3	<input type="checkbox"/>
soggetti invalidi civili	<input type="checkbox"/>
soggetti con disabilità non inseriti nelle convenzioni del collocamento mirato ai sensi dell'art. 1, comma 1, Legge, 12 marzo 1999, nr. 68;	<input type="checkbox"/>
disabili, invalidi civili, psichici e sensoriali, per i quali trovano applicazione le specifiche disposizioni contenute e previste all'art. 11, comma 2, Legge, 12 marzo 1999, nr. 68;	<input type="checkbox"/>
soggetti svantaggiati ai sensi dell'art. 4, comma 1, Legge, 8/11/1991, nr. 381	<input type="checkbox"/>
soggetti inseriti nei programmi di assistenza ai sensi dell'art. 13, Legge, 11 agosto 2003, nr. 228 a favore di vittime di tratta;	<input type="checkbox"/>
soggetti inseriti nei programmi di assistenza e integrazione sociale ai sensi dell'art. 18, D. Lgs., 25 luglio 1998, nr. 286 a favore di vittime di violenza e di grave sfruttamento da parte delle organizzazioni criminali;	<input type="checkbox"/>
soggetti inseriti nei programmi di intervento e servizi ai sensi della Legge, nr. 154/2001 – 38/2009 – 119/2013 a favore di vittime di violenza nelle relazioni familiari e/o di genere;	<input type="checkbox"/>
over 45 anni;	<input type="checkbox"/>
cittadini di Paesi Terzi;	<input type="checkbox"/>
senza fissa dimora (secondo quanto stabilito dalla Classificazione ETHOS delle Linee guida nazionali sul disagio adulti);	<input type="checkbox"/>
persone in situazione di povertà certificata da ISEE Ordinario con un valore non superiore a € 9.360,00. Le persone con disabilità grave e non autosufficienza	<input type="checkbox"/>

riconosciuta e certificata possono presentare ISEE socio-sanitario ristretto;

persone prese in carico da parte dei Distretti/Servizi Sanitari ai sensi della DGR 143/2023.

3. Di avere un ISEE ordinario e/o corrente in corso di validità di € _____
(ISEE socio sanitario per gli utenti presi in carico ai sensi della DGR 143/2023)

4. Che il nucleo familiare rientra in uno delle seguenti tipologia:

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Genitore solo con uno o più figli a carico | <input type="checkbox"/> |
| 2. Nucleo familiare con uno o più figli a carico | <input type="checkbox"/> |
| 3. Altro _____ | <input type="checkbox"/> |

5. Voucher di servizio durante lo svolgimento del tirocinio

Consapevole di quanto esposto al punto 7.3 dell'Avviso il sottoscritto:

- Richiede voucher di servizio e si impegna a produrre ogni documentazione richiesta al riguardo
- Non richiede voucher di servizio

Luogo e data

Firma

Privacy

In attuazione del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.lgs. n. 196/2003, Regolamento UE n. 2016/679 e D.lgs. 101/2018), i dati contenuti saranno utilizzati nell'ambito del procedimento di istruttoria. Tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la riservatezza e diritti dell'operatore.

Tutti i dati personali comunicati dai soggetti interessati, acquisiti nel rispetto delle disposizioni legislative vigenti e che sono connessi, strumentali ed inerenti allo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente, sono trattati nel contesto del seguente trattamento:

espletamento dell'avviso per la partecipazione degli utenti per e l'attuazione delle attività previste dal Progetto I.P.S.O. a valere sull'avviso regionale Abruzzo Include 2.

Il/la sottoscritto/a _____ autorizza al trattamento dei dati personali, inclusi i dati sensibili indicati per le finalità di cui al bando/avviso pubblico in oggetto.

Luogo e data

Firma

Allegati

- A. Copia di documento di identità in corso di validità
- B. Attestazione ISEE in corso di validità
- C. Certificato di disoccupato / Inoccupato ai sensi del D.Lgs. 150/2015 rilasciato dal Centro per l'Impiego di competenza
- D. Documentazione attestante la vulnerabilità dichiarata
- E. Curriculum
- F. Per gli utenti presi in carico da parte dei Distretti/Servizi Sanitari/CSM di competenza ai sensi della DGR 143/2023, certificazione di presa in carico.