

*Allegato A -Tirocinanti*

AL COMUNE DI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OGGETTO: AMMISSIONE AI TIROCINI INCLUSIVI FINALIZZATI ALL'INCLUSIONE SOCIALE, ALL'AUTONOMIA DELLE PERSONE E ALLA RIABILITAZIONE. PIANO DI ATTUAZIONE LOCALE (PAL 2020) A VALERE DELLA QUOTA SERVIZI FONDO POVERTA' ANNUALITA' 2020 - MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI CUP: D91H20000240003.-**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso alla selezione per lo svolgimento dei tirocini inclusivi finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione. piano di attuazione locale (PAL 2020) a valere della Quota Servizi Fondo Povertà Annualità 2020 - Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali CUP: D91H20000240003

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 **AdI**;
- di far parte di nucleo familiare beneficiario della misura **SFL**;
- di far parte di nucleo familiare il cui ISEE ha un valore **non superiore a € 9.360,00** (come da ISEE allegato alla presente istanza)
- che il proprio nucleo familiare è composto da n ..... persone (compreso il richiedente);

- di far parte di nucleo familiare al cui interno è presente n ..... soggetto/i disabili;
- di essere sottoposto a misura di esecuzione penale esterna;
- di non essere sottoposto a misura esecuzione penale esterna;
- di essere un soggetto ex detenuto;
- di non essere un soggetto ex detenuto;
- di essere soggetto a dipendenze (certificate);
- di non essere soggetto a dipendenze (certificate);
- che l'importo mensile di Adi/SFL è pari a €.....;
- 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 accettare tutte le disposizioni contenute nel presente Avviso pubblico;

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**

\_\_\_\_\_