

**Oggetto: ATTIVAZIONE DI TIROCINI FINALIZZATI ALL'INCLUSIONE SOCIALE, ALL'AUTONOMIA DELLE PERSONE E ALLA RIABILITAZIONE RELATIVI ALL'INTERVENTO FINANZIATO DALLA QUOTA SERVIZI DEL FONDO POVERTÀ ANNUALITÀ 2020 DAL MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI – CUP: F49G24000020001**

**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 **QUOTA SERVIZI DEL FONDO POVERTÀ ANNUALITÀ 2020 - CUP: F49G24000020001**

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**, 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 **ADI**;
- di essere disponibile ad effettuare il tirocinio inclusivo da svolgersi presso i Comuni facenti parte del Distretto Socio Sanitario n. 38;
- 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 una persona soggetta a detenzione 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 dell'ADI 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**

---