Allegato A – Modello di domanda

ALL'UFFICIO DI PIANO
ATS - Comune Capofila di Taurianova

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE PER L'AMMISSIONE ALLO SVOLGIMENTO DI TIROCINI FINALIZZATI ALL'INCLUSIONE SOCIALE, ALL'AUTONOMIA DELLE PERSONE E ALLA RIABILITAZIONE A VALERE SULLE QUOTA SERVIZI DEL FONDO POVERTÀ - ANNUALITÀ 2020 / CUP: E31B21008080006 – ANNUALITÀ 2021 / CUP: E31J23000100001 – ANNULITÀ 2022 / CUP: E31J24000850001.

Il/ la sottoscritto/a			
Nato/a		il	
e residente a		CAP	
Provincia			
Via, n°			
Codice Fiscale		Tel.	
E-mail			

In qualità di (barrare la sola casella interessata)

- □ richiedente e beneficiario;
- □ componente del nucleo beneficiario di cui il richiedente è il Sig/Sig.ra_____.

CHIEDE

di essere ammesso alla selezione per lo svolgimento di Tirocini finalizzati all'Inclusione Sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione a valere sulla quota servizi del Fondo Povertà - annualità 2020-2021-2022 – ANNUALITÀ 2020 / CUP: E31B21008080006 – ANNUALITÀ 2021 / CUP: E31J23000100001 – ANNULITÀ 2022 / CUP: E31J24000850001.;

A TALE FINE

consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate e secondo quanto previsto dall'art. 19 e 19 bis delD.P.R. 445/2000 ss.mm.ii.

DICHIARA

che alla data di presentazione della domanda, risulta in possesso, cumulativamente e a pena di esclusione,

dei seguenti requisiti (barrare le caselle di interesse):

□ di essere residente in uno dei Comuni dell'ATS – Comune capofila Taurianova;
□ di avere un'età compresa tra i 18 e i 64 anni;
□ nucleo familiare o individuo beneficiario dell'Assegno di Inclusione (ADI)
ovvero
□ beneficiario del Supporto Formazione e Lavoro (SFL);
□ di avere un'attestazione ISEE pari o inferiore ad € 9.360,00;
□ Non essere inserito in altri progetti lavorativi e/o formativi finanziati con fondi pubblici, regionali, nazionali e/o comunitari;
□ Di aver sottoscritto o di impegnarsi a sottoscrivere il Patto di Inclusione Sociale in seguito a presa in carico dei Servizio Sociale;
□ Di non essere stato inserito/a in altri progetti lavorativi e/o formativi e/o borse lavoro;
□ Di versare in una condizione di inoccupazione o disoccupazione;

Il/la sottoscritto/a, ai sensi degli artt. 46-47 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA altresì

□ Di avere un valore ISEE pari ad €_____;
□ Di avere n_____di figli a carico;
□ Di versare in uno stato di disoccupazione/inoccupazione da anni_____;

DICHIARA infine

□ di essere a conoscenza che l'Ambito Territoriale Sociale con Comune capofila Taurianova, per il tramite dell'Ufficio di Piano, ai sensi del DPR 445/2000, potrà procedere a idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà la decadenza dal beneficio ottenuto ed incorre nelle sanzioni penali previste dall'Art. 76 del D.P.R. 445/2000;
□ di accettare incondizionatamente tutto quanto previsto nell'Avviso Pubblico in oggetto;
□ che la documentazione allegata in copia fotostatica alla presente domanda è conforme all'originale in proprio possesso.

Si allega (a pena di esclusione)

- copia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità;
- copia del proprio codice fiscale;
- copia della certificazione ISEE in corso di validità;
- autocertificazione di inoccupazione/disoccupazione (Allegato B).

Luogo e data _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

_____