**Allegato A – Modello di domanda**

**ALL’UFFICIO DI PIANO**

**ATS n. 2 Comune Capofila di Rosarno**

**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 2022 – CUP: D49G24001170001**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 2022 – CUP: D49G24001170001;

**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 n.2;
* di avere un’età compresa tra i 18 e i 64 anni;
* nucleo familiare o individuo beneficiaro 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 n. 2 con Comune capofila Rosarno, 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)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_