

**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** |

**ALLEGATO “B”**

**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”**

...l... 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 | |\_\_| |
| 2. | Da oltre un anno ed entro i 24 mesi | |\_\_| |
| 3. | Fino ad un anno | |\_\_| |
| 4. | Inoccupato | |\_\_| |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | soggetti svantaggiati ai sensi della legge 104 artt. 3 comma 1 e 3 | |\_\_| |
| 2. | soggetti invalidi civili | |\_\_| |
| 3. | soggetti con disabilità non inseriti nelle convenzioni del collocamento mirato ai sensi dell’art. 1, comma 1, Legge, 12 marzo 1999, nr. 68; | |\_\_| |
| 4. | 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; | |\_\_| |
| 5. | soggetti svantaggiati ai sensi dell’art. 4, comma 1, Legge, 8/11/1991, nr. 381 | |\_\_| |
| 6. | soggetti inseriti nei programmi di assistenza ai sensi dell’art. 13, Legge, 11 agosto 2003, nr. 228 a favore di vittime di tratta; | |\_\_| |
| 7. | 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; | |\_\_| |
| 8. | soggetti inseriti nei programmi di intervento e servizi ai sensi della Leggi, nr. 154/2001 – 38/2009 – 119/2013 a favore di vittime di violenza nelle relazioni familiari e/o di genere; | |\_\_| |
| 9. | over 45 anni; | |\_\_| |
| 10. | cittadini di Paesi Terzi; | |\_\_| |
| 11 | senza fissa dimora (secondo quanto stabilito dalla Classificazione ETHOS delle Linee guida nazionali sul disagio adulti); | |\_\_| |
| 12. | 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 riconosciuta e certificata possono presentare ISEE socio-sanitario ristretto; | |\_\_| |
| 13. | 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 | |\_\_| |
| 2. | Nucleo familiare con uno o più figli a carico | |\_\_| |
| 3. | Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |\_\_| |

**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**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**8. 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**

1. Copia di documento di identità in corso di validità
2. Attestazione ISEE in corso di validità
3. Certificato di disoccupato / Inoccupato ai sensi del D.Lgs. 150/2015 rilasciato dal Centro per l’Impiego di competenza
4. Documentazione attestante la vulnerabilità dichiarata
5. Curriculum
6. 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.