



PLUS 21 PIANO LOCALE UNITARIO DEI SERVIZI
COMUNI DI MONASTIR, MONSERRATO, QUARTUCCIU, SELARGIUS, SESTU, SETTIMO SAN PIETRO, USSANA,
PROVINCIA DI CAGLIARI, ASLCAGLIARI.

ALLEGATO 1 - INFORMATIVA per l'individuazione dei destinatari dei progetti di inclusione socio-lavorativa

Spett.le Amministrazione Comunale
di SETTIMO SAN PIETRO
Ente capofila del PLUS 21
Piazza Pertini, 1
09040 Settimo San Pietro – CA –
UFFICIO PROTOCOLLO

INCLUDIS

Fondo Sociale Europeo 2014-2020 Asse Inclusione Sociale, OT9 – Priorità I – Ob. specifico 9.2, Azione 9.2.1

OGGETTO: Dichiarazione di disponibilità a partecipare a Progetti di inclusione socio-lavorativa di persone con disabilità – INCLUDIS- Fondo Sociale Europeo 2014-2020 - Asse Inclusione Sociale, OT9 – Priorità I – Obiettivo specifico 9.2, Azione 9.2.1

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ () il ___ / ___ / ____ C.F. _____

residente in _____ (cap _____) Via/Piazza _____ n. _____

Tel. _____ e-mail _____

PEC _____

CONSAPEVOLE CHE

- le persone ammesse al percorso di inclusione socio-lavorativa saranno individuate di concerto con i servizi socio sanitari, sulla base di una accurata e documentata analisi di un evidente fabbisogno di protezione e inclusione sociale nello specifico contesto di riferimento, nonché di una effettiva possibilità di affrontare i percorsi proposti (Cfr. avviso PUBBLICO ART. 6);
- I destinatari individuati beneficeranno di un percorso di **accesso e presa in carico**. Una parte di questi destinatari potrà usufruire di un **percorso di orientamento specialistico** e coloro che saranno ritenuti idonei potranno accedere ad un **Tirocinio di Orientamento, Formazione e inserimento/reinserimento**;
- **L'indennità, corrisposta esclusivamente a chi intraprenderà il percorso di tirocinio, è considerata, dal punto di vista fiscale, quale reddito assimilato a quelli di lavoro dipendente (art. 50, co. 1, lett. c), DPR n. 917/1986 TUIR - ris. A.E. n. 95/E/2002;**
- non si darà luogo a graduatorie, ma i destinatari saranno scelti di concerto con i servizi sociosanitari dell'ambito PLUS 21,

DICHIARA

- per sé
- per il proprio amministrato _____



nato/a a _____ () il ___/___/_____

C.F. _____ residente a _____ (cap _____)

In Via/Piazza _____ n. _____

- Di essere maggiorenne;
- Di non essere occupato;
- Di essere interessato a partecipare al percorso di inclusione socio lavorativa di cui all'oggetto;
- Di appartenere a una delle seguenti tipologie di destinatario (**barrare la casella che interessa**)
 - disabilità riconosciuta ai sensi dell'art. 3 della L.104/92 ss.mm.ii.;
 - disturbo mentale o dello spettro autistico in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze-Centri di Salute Mentale o UONPIA;
 - disabilità mentale e/o psichica in carico ai servizi socio sanitari.

- Di essere in carico al seguente servizio sociosanitario:

specificare indirizzo del servizio e medico di riferimento : _____

Chiede di essere eventualmente contattato al numero di Tel. _____

Indirizzo e-mail: _____

Dichiara, inoltre, di **aver preso visione** dell'informativa sul trattamento dei dati personali (ai sensi dell'articolo 13 DLGS 196/2003) contenuta nell'Informativa Includis del Plus 21 e di **acconsentire** al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003, per le finalità connesse al progetto INCLUDIS.

Luogo e data

Firma

N.B. Allegare copia del documento d'identità del sottoscrittore e, se diverso, del candidato destinatario.