



Progetto realizzato con il contributo della
Presidenza del Consiglio dei ministri – Ministro per le disabilità

Modello di domanda - Allegato A

AVVISO PUBBLICO PER L'INDIVIDUAZIONE DEI DESTINATARI DEL PROGETTO "Disabilità e nuove opportunità: azioni di inclusione sociale e lavorativa per persone con disabilità" relativo al finanziamento di progetti di cui alla DGR n. 279 del 09.06.2023, Fondo per l'inclusione di persone con disabilità Annualità 2021 - in attuazione del DPCM del 29.11.2021 – Adozione programma regionale e riparto tra gli Ambiti Territoriali Sociali

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

residente in via _____ n. _____

città _____ provincia _____ Cap _____

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

telefono _____ EMAIL/PEC _____

Documento d'Identità _____

In qualità di: ☐ Diretto interessato ☐ Familiare: _____

☐ Tutore ☐ Amministratore di sostegno ☐ Altro (specificare) _____

di (cognome e nome) _____

Nato/a _____ il ____/____/____

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

residente nel seguente Comune dell'Ambito Territoriale di Corigliano - Rossano (indicare Comune di residenza) _____ Via/Piazza _____ n° _____

telefono _____ EMAIL/PEC _____

Documento d'Identità _____



CHIEDE

Di essere ammesso/che _____ sia ammesso alle attività previste dal progetto **“Disabilità e nuove opportunità: azioni di inclusione sociale e lavorativa per persone con disabilità”** ovvero azioni di inclusione socio-lavorativa rivolte a persone in condizioni di disabilità ed alla promozione di esperienze lavorative mediante lo strumento del tirocinio.

A tal fine,

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi del D.Lgs. 445/2000 art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell’art. 75 del suddetto D.Lgs. 445/2000;

consapevole che tutte le dichiarazioni qui rese sono riferite alla data di presentazione della richiesta stessa;

DICHIARA

di aver preso visione dell’Avviso Pubblico per l’individuazione dei destinatari del progetto **“Disabilità e nuove opportunità: azioni di inclusione sociale e lavorativa per persone con disabilità”** e di accettare incondizionatamente tutte le condizioni e prescrizioni ivi contemplate;

DICHIARA altresì

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE DELLA PERSONA DA AMMETTERE AL PROGETTO				
Cognome e nome	Luogo di Nascita	Data di Nascita	Parentela	Invalidità (Invalidità Civile, Indennità di accompagnamento, L. 104/92 art. 3 c. 3 o art. 3 c. 1, indicare la percentuale)



--	--	--	--	--

STATO OCCUPAZIONALE DELLA PERSONA DA AMMETTERE AL PROGETTO	
Stato di disoccupazione/inoccupazione superiore ai 2 anni	<input type="checkbox"/>
Stato di disoccupazione/inoccupazione del destinatario da 1 a 2 anni	<input type="checkbox"/>
Stato di disoccupazione/inoccupazione del destinatario inferiore a 1 anno	<input type="checkbox"/>
SITUAZIONE REDDITUALE	
Attestazione ISEE (familiare/socio- sanitario/ristretto) al 31.12.2025	
Da 0 a € 9.360,00	<input type="checkbox"/>
Tra € 9.361,00 e € 15.000,00	<input type="checkbox"/>
Tra € 15.000,01 e € 25.000,00	<input type="checkbox"/>
Da € 25.001,00 in su	<input type="checkbox"/>

Si allega alla presente:

- ☐ copia documento di identità, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative, della persona con disabilità interessata (nel caso in cui richiedente e destinatario del servizio non coincidano allegare il documento di riconoscimento di entrambi i soggetti);
- ☐ nel caso di persone con disabilità rappresentate da terzi: copia del provvedimento di protezione giuridica o altra documentazione che legittimi l'istante a rappresentare la persona disabile unitamente a copia del documento d'identità;
- ☐ certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92 priva di Omissis, dalla quale si evinca la diagnosi;
- ☐ copia del certificato di invalidità civile, qualora se ne sia in possesso, priva di Omissis, dalla quale si evinca la diagnosi;



- ☐ certificazione rilasciata dal Centro Per l'Impiego relativa alla situazione di inoccupazione/disoccupazione;
certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92;
- ☐ copia del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (ex carta di soggiorno) in corso di validità del beneficiario, qualora si tratti di persona extracomunitaria;
- ☐ copia attestazione ISEE con scadenza 31.12.2025 (familiare/socio- sanitario/ristretto), da allegare solo se pari o inferiore a € 25.000,99;
- ☐ informativa sul trattamento dei dati regolarmente sottoscritta (Allegato B);
- ☐ eventuale altra documentazione ritenuta utile ai fini della valutazione sanitaria e/o sociale (specificare: _____)

Luogo e data: _____, ____/____/____

Firma