Domanda d'iscrizione all'intervento

Compilazione a cura del Soggetto attuatore (compilare una scheda per ogni richiedente)

ANAGRAFICA PROGETTO	
DD approvazione Bando/Avviso	DPG022/142 del 12/07/2023
ID Scheda di Intervento	3.k.8.1
Denominazione Scheda intervento	Abruzzo Include 2 (Prima edizione)
Priorità	III Inclusione e Protezione Sociale
Obiettivo specifico	Obiettivo specifico k, migliorare l'accesso paritario e tempestivo a servizi di qualità, sostenibili e a prezzi accessibili, compresi i servizi che promuovono l'accesso agli alloggi e all'assistenza incentrata sulla persona anche in ambito sanitario; modernizzare i sistemi di protezione sociale, anche promuovendo l'accesso alla protezione sociale, prestando particolare attenzione ai minori e ai gruppi svantaggiati; migliorare l'accessibilità, anche per le persone con disabilità, l'efficacia e la resilienza dei sistemi sanitari e dei servizi di assistenza di lunga durata
Obiettivo di policy	4 "Un'Europa più sociale"
Azione	"Azione 3. k.8.1.Abruzzo include 2"
Importo complessivo €	1.162.500,00
CUP	39I23001220006
Soggetto Attuatore/Beneficiario	Ecad n. 2 Marsica - Capofila
Soggetto Responsabile dell'Attuazione (SRA)	DIPARTIMENTO LAVORO SOCIALE Servizio Programmazione sociale. Ufficio Piano Sociale

ALLEGATO "B"
(Solo per Borse Lavoro Csm e residenti nei comuni dell'Unione dei Comuni Montagna Marsicana)

Spett.le Ambito Sociale Distrettuale n. 2 Marsica
Via Monte Velino, 61
Avezzano (AQ).
Pec. montagnamarsicana@pec.it

Oggetto: Riferimento AVVISO PUBBLICO PER LA SELEZIONE DEI BENEFICIARI DEL PROGETTO DENOMINATO "MARSICA INCLUDE" - CUP 39I23001220006 – A valere su 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 – (Borse Lavoro per utenza psichiatrica riservate ai cittadini del Comune di Avezzano ECAD n. 3 e dei Comuni marsicani nell'Ambito 2- Marsica 2)

Il/La sottoscritto/a (Cognome) _____(Nome)_____

Nato/a_____(Prov._____)

In data_____/_____/_____, Nazionalità_____

residente in _____ (Prov._____)

all'indirizzo_____ N. _____ CAP _____,
e (compilare solo se il domicilio risulta diverso dalla residenza)

stabilmente domiciliato in _____ (Prov. _____)

all'indirizzo _____ N. _____CAP _____,

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

Recapito telefonico: fisso _____ Cell _____

Recapito e-mail: _____ @ _____

pec_____@_____

CHIEDE

di essere inserito nella Borsa lavoro riservata all'utenza psichiatrica come da Disciplinare approvato con Delibera di Giunta regionale n. 143/2023.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n° 445, e consapevole delle conseguenze anche penali previste dagli artt. 75 e 76 del citato provvedimento in caso di dichiarazioni mendaci e non veritiere, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

(*barrare la casella di riferimento*)

di essere:

- ☐ Cittadino italiano
- ☐ Cittadino dell'Unione Europea
- ☐ Cittadini di paesi terzi in possesso del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo, ovvero cittadino di paesi terzi titolare del diritto di soggiorno o diritto di soggiorno permanente e familiare di un cittadino italiano o dell'Unione Europea o apolide
- ☐ titolare di protezione internazionale.

Qualora sia stata barrata la casella *"Cittadino dei paesi terzi in possesso del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo, ovvero cittadino di paesi terzi titolare del diritto di soggiorno o diritto di soggiorno permanente e familiare di un cittadino italiano o dell'Unione Europea o apolide" oppure "Titolare di protezione internazionale"*, compilare i seguenti campi:

Numero del permesso _____ data di rilascio (_____/_____/_____)

Eventuale data di scadenza (_____/_____/_____)

Ente che rilasciato il permesso _____

□ richiesto rinnovo del permesso di soggiorno.

□ di essere utente in carico al Centro di Salute Mentale di Avezzano dal _____ (almeno da tre mesi rispetto alla presente dichiarazione di disponibilità (DID));

□ di aver preso visione dell'Avviso e delle disposizioni contenute nel Disciplinare per lo svolgimento delle Borse lavoro per l'utenza psichiatrica (D.G.R. n. 143/2023), che accetta totalmente e incondizionatamente;

□ di non aver presentato domanda di tirocinio T.in.A., con riferimento all'Avviso in oggetto, come utente in carico al Servizio Sociale Professionale.

A tal fine, ***ALLEGA*** i seguenti documenti:

- Copia di documento di identità in corso di validità (obbligatoria);
- Attestazione ISEE in corso di validità;
- Attestazione di presa in carico da parte del CSM.

Data_____

Firma per esteso e leggibile del richiedente

_____

Consenso al trattamento dei dati personali: con la firma del presente documento il sottoscritto dichiara altresì ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE.2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di dati, di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali contenuta nell'avviso e di essere consapevole che i dati personali, raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente avviso e per le finalità ivi descrittive, e di essere stato informato circa i diritti di cui agli artt. Da 15 a 23 del Regolamento UE. 2016/679.

si impegna , inoltre, ad adempiere agli obblighi di informativa e di consenso, ove, necessario, nei confronti delle persone fisiche (interessati) di cui sono forniti dati personali nell'ambito dell'avviso in oggetto, per consentire il trattamento dei loro Dati da parte del Comune di Avezzano per le finalità descritte nell'informativa.

Data_____

Firma per esteso e leggibile del richiedente

_____