

CAMPANIA WELFARE

P.R. CAMPANIA FSE+ PRIORITA' 3 INCLUSIONE SOCIALE - OBIETTIVO SPECIFICO ESO 4.8 - AZIONE 3.h.2

APPROVATO CON DD 1007 DEL 24.10.2024

(DGR n.160 del 10/04/2024)

PROGETTO "CENTRO TERRITORIALE DI INCLUSIONE ATTIVA AMBITO S8"

ATS-PIANO DI ZONA S8

YOBEL soc. coop. sociale a rl - AL SERVIZIO DELLA CITTÀ soc. coop. - Centro FKT Cilento

ALLEGATO A

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

all'Avviso pubblico per l'individuazione dei destinatari dell'Azione A
Servizi Sociali innovativi di sostegno a nuclei familiari multiproblematici

Compilare in stampatello leggibile e barrare le caselle di interesse. La domanda deve essere sottoscritta dal richiedente o, ove necessario, dal tutore/amministratore di sostegno/genitore esercente la responsabilità.

1. DATI DEL/DELLA RICHIEDENTE

Cognome:

Nome:

Luogo di nascita:

Data di nascita:

Codice fiscale:

Cittadinanza:

Comune di residenza:

Indirizzo di residenza:

Telefono:

E-mail:

PEC:

Domicilio (se diverso dalla residenza):

2. OGGETTO DELLA RICHIESTA

Il/La sottoscritto/a chiede di essere ammesso/a in proprio e/o in qualità di esercente la responsabilità genitoriale sul minore sottoindicato, alle attività dell'Azione A "Servizi sociali innovativi di sostegno a nuclei familiari multiproblematici" del progetto "Centro Territoriale di Inclusione Attiva S8", realizzati dall'Ambito Territoriale S8, in collaborazione con Yobel soc. coop. sociale a rl - Al Servizio della Città soc. coop.

3. DATI DEL MINORE

Cognome e nome	_____
nato/a a	_____
il	_____
codice fiscale	_____
residente in	_____
scuola frequentata/classe	_____

4. DICHIARAZIONI E REQUISITI DI ACCESSO

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, il/la sottoscritto/a dichiara, sotto la propria responsabilità, di:

- ☐ essere residente in uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale S8;
- ☐ di appartenere a un nucleo familiare con minori e di trovarsi in condizione di fragilità economica e/o sociale;
- ☐ di essere in possesso di almeno una delle condizioni di svantaggio di cui al D.M. 17/10/2017 e/o di essere beneficiario/a dell'Assegno di Inclusione (ADI);
- ☐ di essere consapevole che i requisiti devono essere posseduti alla data di presentazione della domanda e mantenuti per tutta la durata delle attività;
- ☐ di aver preso visione dell'Avviso pubblico e di accettarne integralmente contenuti, condizioni e modalità di selezione.

Per i cittadini stranieri:

- ☐ essere in possesso di titolo di soggiorno valido per il periodo di espletamento del corso;
- ☐ essere in possesso di attestato di conoscenza della lingua italiana non inferiore al livello A2 del QCER.

CONDIZIONI DICHIARATE (REQUISITI PREFERENZIALI DI ACCESSO AI SERVIZI)

Voce	Selezionare
ISEE fino ad € 10.140,00	☐
ISEE da € 10.141,00 a € 11.000,00	☐
ISEE da € 11.001,00 a € 15.000,00	☐
ISEE da € 15.001,00 a € 20.000,00	☐
ISEE da € 20.001,00 a € 28.381,88	☐
ISEE oltre € 28.381,89	☐

Voce	Selezionare
Genitore solo con figli minori a carico (senza altri componenti adulti)	☐
Genitore solo con figli minori a carico (con altri componenti adulti)	☐
Nucleo con entrambi i genitori e tre o più figli minori	☐
Nucleo con entrambi i genitori e almeno due figli minori	☐
Nucleo con entrambi i genitori e un figlio minore	☐
Minore in possesso di certificazione L.104/92 e/o indennità di frequenza	☐

5. DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- ☐ fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale del richiedente;
- ☐ copia del documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del/i minore/i beneficiario/i;
- ☐ attestazione ISEE ordinario in corso di validità;
- ☐ documentazione attestante il beneficio ADI;
- ☐ documentazione attestante la presa in carico del servizio sociale;
- ☐ documentazione attestante la presa in carico del servizio sanitario;
- ☐ certificazione di invalidità / L.104/92 / indennità di frequenza;
- ☐ copia del titolo di soggiorno in corso di validità;
- ☐ attestazione lingua italiana livello A2 QCER (solo per cittadini stranieri);
- ☐ ulteriore documentazione _____

6. DICHIARAZIONI FINALI

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di aver preso visione del Bando di selezione, di accettarne integralmente le condizioni, di essere consapevole delle responsabilità previste in caso di dichiarazioni mendaci e di autorizzare il trattamento dei dati personali esclusivamente per le finalità connesse alla procedura di selezione e all'attuazione del progetto.

- ☐ di aver letto e compreso l'informativa privacy allegata;
- ☐ di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.;
- ☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione dei requisiti dichiarati;
- ☐ di essere disponibile a partecipare alle prove di selezione secondo il calendario che sarà pubblicato dall'Ambito S8.

Luogo e data: _____

Firma leggibile del/della richiedente: _____

7. SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

Numero di protocollo	_____	Data ricezione	_____
Linea richiesta	_____	Esito istruttoria	_____
Note ufficio	_____		