

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 C

Tirocini di inclusione sociale finalizzati all'inclusione lavorativa di persone maggiormente vulnerabili e delle persone con disabilità

Compilare in stampatello leggibile e barrare le caselle di interesse. È possibile candidarsi ad una sola linea di intervento. 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. LINEA DI INTERVENTO PRESCELTA

Il/La sottoscritto/a chiede di partecipare alla selezione per il seguente percorso dell'Azione C (barrare una sola casella):

☐ Percorso 1 - Persone svantaggiate e maggiormente vulnerabili (n. 52 tirocini - durata 6 mesi)

☐ Percorso 2 - Persone con disabilità (n. 12 tirocini - durata 12 mesi)

3. DISPONIBILITÀ E PREFERENZE PER IL MATCHING

Ai fini dell'abbinamento con il soggetto ospitante, il/la candidato/a indica le seguenti preferenze orientative:

Ambito / settore di interesse	1 ^a scelta	2 ^a scelta	3 ^a scelta
Segreteria, front office, back office amministrativo	☐	☐	☐
Commercio, punto vendita, accoglienza clienti	☐	☐	☐
Ristorazione, supporto cucina, servizi di sala	☐	☐	☐
Servizi alla persona, supporto socio-assistenziale leggero	☐	☐	☐
Magazzino, logistica leggera, sistemazione merci	☐	☐	☐
Manutenzione leggera, ambiente, verde, cura spazi	☐	☐	☐
Altro ambito di interesse: _____	☐	☐	☐

Comune o area territoriale preferita per lo svolgimento del tirocinio:

Eventuali limitazioni organizzative / esigenze specifiche / accomodamenti ragionevoli da segnalare:

4. DICHIARAZIONI E REQUISITI DI PARTECIPAZIONE

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;
- ☐ essere preso/a in carico dal Servizio Sociale Professionale e/o dal Servizio Socio-Sanitario competente;
- ☐ trovarsi in stato di inoccupazione o disoccupazione secondo la normativa vigente;
- ☐ avere un'età compresa tra 16 e 64 anni alla data di presentazione della domanda;
- ☐ aver assolto l'obbligo di istruzione, ove richiesto dalla normativa di riferimento;
- ☐ mantenere i requisiti dichiarati per l'intera durata del tirocinio, a pena di esclusione o decadenza;
- ☐ essere consapevole che, al momento dell'attivazione del tirocinio, sarà necessaria la verifica dello status di disoccupato mediante DID/CPI;
- ☐ accettare che l'assegnazione al soggetto ospitante avverrà sulla base di profilazione, matching e disponibilità delle sedi ospitanti;
- ☐ essere disponibile a partecipare ai colloqui, agli incontri istruttori e alle attività preliminari previste dal progetto.

Requisiti specifici del percorso prescelto:

- Percorso 1

- ☐ essere beneficiario/a ADI oppure trovarsi in condizione di povertà/fragilità sociale debitamente attestata;
 - ☐ rientrare nella casistica dei lavoratori svantaggiati di cui al D.M. 17/10/2017 (es.: assenza di impiego regolarmente retribuito da almeno 6 mesi; età 16-24 anni; età superiore a 50 anni; adulto che vive solo con persone a carico; ecc.);
- oppure

☐ rientrare tra le persone maggiormente vulnerabili o a rischio di esclusione sociale (es.: vittime di violenza, persone con dipendenze, ulteriori fragilità sociali prese in carico dai servizi);

- **Percorso 2**

- ☐ essere in possesso di certificazione di disabilità ai sensi della normativa vigente;
- ☐ essere iscritto/a al collocamento mirato ai sensi della Legge 68/1999, ove dovuto e applicabile;
- ☐ disporre, ove presente, di documentazione utile alla valutazione delle capacità residue e del profilo di inserimento.

5. DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- ☐ copia del documento di identità in corso di validità;
- ☐ attestazione ISEE in corso di validità;
- ☐ copia della presa in carico da parte dei Servizi Sociali e/o Socio-Sanitari;
- ☐ curriculum vitae aggiornato, datato e firmato;
- ☐ per il Percorso 1: documentazione utile a comprovare la condizione di svantaggio / vulnerabilità, eventuale attestazione ADI, certificato CPI, stato di famiglia o documentazione equivalente;
- ☐ per il Percorso 2: certificazione di disabilità, eventuale verbale capacità residue, eventuale iscrizione al collocamento mirato;
- ☐ ulteriore documentazione ritenuta utile: _____

6. DICHIARAZIONI FINALI E PRIVACY

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di aver preso visione dell'Avviso pubblico unico di selezione dell'Azione C, di accettarne integralmente le condizioni, di essere consapevole delle responsabilità civili e penali in caso di dichiarazioni mendaci e di autorizzare il trattamento dei dati personali per le finalità connesse alla procedura, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.

Luogo e data: _____

Firma leggibile del/della richiedente: _____

In caso di candidato/a minorenne, impossibilitato/a alla sottoscrizione o assistito/a da tutore/amministratore di sostegno:

Nome e qualità del firmatario: _____

Firma: _____

7. SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

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