



BITTI, DORGALI , FONNI, GAVOI, LODINE, LULA, MAMOIADA, NUORO, OLIENA, OLLOLAI, OLZAI, ONANI, ONIFERI, ORANI, ORGOSOLO, OROTELLI, ORUNE, OSIDDA, OTTANA, SARULE

Tel.0784216869 – Tel. 0784216892 – email: plus@comune.nuoro.it

All'Ente Capofila Comune di Nuoro
Ambito Territoriale PLUS Nuoro
Via Dante,44
08100 –Nuoro

INCLUDIS

Progetti di Inclusione socio-lavorativa di persone con disabilità

Asse Inclusione sociale PO FSE 2014-2020

OT 9 – Priorità I – Obiettivo specifico 9.2. Azione 9.2.1

Dichiarazione di disponibilità a partecipare a Progetti di inclusione socio-lavorativa di persone con disabilità

Il/La sottoscritt _____

nat__ a _____ il

_____ residente a _____ in via

_____ n. _____

codice fiscale _____

tel _____

e-mail _____

Preso visione dell'avviso "Progetti di inclusione socio-lavorativa di persone con disabilità –INCLUDIS - Fondo Sociale Europeo 2014-2020, dei suoi allegati e delle linee guida

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-Destinatari);

– non si darà luogo a graduatorie, ma i destinatari saranno individuati di concerto con i servizi sociosanitari dell’Ambito Territoriale Plus Nuoro;

– I destinatari individuati usufruiranno di un percorso di **accesso e presa in carico**; una parte di questi usufruirà di un **percorso di orientamento specialistico** e una quota di questi potrà usufruire di 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.**

per le finalità di cui al bando INCLUDIS, a conoscenza di quanto previsto dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

DICHIARA

(barrare unicamente le opzioni che interessano)

- di essere persona non occupata;
- di essere in possesso di certificazione della condizione di disabilità ai sensi dell’art. 3 della Legge n. 104/1992;
- di essere affetto/a da disturbo mentale in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze – Centri di salute Mentale o UOMPIAdi:

_____;

- di essere affetto/a da disturbo dello spettro autistico e in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze –Centri di salute Mentale o UOMPIAdi:

_____;

- di avere una disabilità mentale/psichica e di essere in carico al seguente servizio socio sanitario:

- (se minorenni) di aver compiuto il sedicesimo anno di età e di aver assolto l’obbligo di istruzione;
- di aver preso visione dell’avviso informativo relativo ai progetti di inclusione socio-lavorativa per persone con disabilità di cui al bando regionale INCLUDIS.

Allega:

- documento di identità in corso di validità;
- attestazione ISEE in corso di validità.

Data _____

Firma _____

Informativa ai sensi dell’art. 13 del D. Lgs. 196/2003: I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzate esclusivamente per tale scopo

