

Allegato B

**Modulo per la presentazione della domanda di partecipazione al percorso VAL.O.RE. bis
(POR FSE 2014 – 2020 – asse B - Inclusione Sociale Lotta alla Povertà – “Servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili – seconda edizione)**

QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO

IN CASO DI RICHIESTA DA PARTE DEL DIRETTO INTERESSATO

Cognome/Nome _____
nato/a il |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____| a _____ Prov. _____
e residente in _____
Via/P.zza _____ n _____
CAP _____ Tel. _____
con domicilio (se diverso dalla residenza) in _____
Via/P.zza _____ n _____
CAP _____ Tel. _____
Codice Fiscale: |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Indirizzo di posta elettronica _____
Stato civile ^{a)} _____ Cittadinanza ^{b)} _____
Vedi note

IN CASO DI PRESENTAZIONE DA PARTE DI ALTRO SOGGETTO

GENERALITA' DI CHI PRESENTA LA DOMANDA

Cognome/Nome _____
in qualità di (genitore, figlio/a, coniuge, amministratore di sostegno ecc.)

_____ del sotto indicato beneficiario:

DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO

Cognome/Nome _____
nato/a il |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____| a _____ Prov. _____
e residente in _____

Via/P.zza _____ n _____

Cap _____ Tel. _____

con domicilio (se diverso dalla residenza) in _____

Via/P.zza _____ n _____

Cap _____ Tel. _____

Codice Fiscale: _____

Indirizzo di posta elettronica _____

Stato civile ^{a)} _____ Cittadinanza ^{b)} _____

Vedi note

NOTE:

a) Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a, Convivente.

b) Italiana/Comunitaria/Extracomunitario in possesso di carta/permesso di soggiorno n rilasciata alla Questura di con scadenza il o in corso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data Rifugiato politico (indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data)

CHIEDE
di poter partecipare al percorso VAL.O.RE. Bis,
mediante sottoscrizione in apposita nella sezione G

A TALE SCOPO

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'art.76 D.P.R. 445/2000, punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

DICHIARA

(apporre una crocetta solo sulle alternative effettivamente coincidenti con la propria situazione socio-economica-lavorativa-d'istruzione-formazione e di salute)

QUANDRO B – REQUISITI DI PARTECIPAZIONE AL BANDO

() di essere persona in condizione di disabilità, iscritta negli elenchi previsti dalla L. 68/1999, non occupata

() di essere persona certificata per bisogni inerenti la salute mentale in base alle normative vigenti, non occupata

() di essere già in carico ai servizi socio-assistenziali, sanitari e/o socio- sanitari

() di NON essere già in carico ai servizi socio-assistenziali, sanitari e/o socio- sanitari

() di non essere percettore diretto del reddito di cittadinanza di cui alla Legge 26/2019 e ss.mm.ii.

() che nessuno dei componenti del proprio nucleo familiare è percettore del reddito di cittadinanza di cui alla Legge 26/2019 e ss.mm.ii.

PER LA PARTECIPAZIONE ALLA PRESENTE SELEZIONE DEVONO ESSERE PRESENTI ENTRAMBE LE CONDIZIONI

QUADRO C – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE

() che il proprio nucleo familiare è composto oltre che dal/dalla sottoscritto/a, da:

Nome /cognome	Tipo di relazione col dichiarante (figlio/a-coniuge-padre-madre-parente-affine-convivente ec)	Certificazione di situazione di disabilità in condizione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/92 (indicare solo se presente, mediante crocetta)

QUADRO D – INFORMAZIONI RIGUARDANTI IL GRADO D’ISTRUZIONE

() di possedere il seguente grado d’istruzione

- () licenza elementare
- () licenza media inferiore
- () licenza media superiore
- () laurea
- () altro

() che l’anno di fine percorso sopra indicato è stato _____

QUADRO E – ALTRE INFORMAZIONI INERENTI LA CONDIZIONE DI SALUTE

() di essere in possesso certificato di invalidità civile con percentuale di invalidità riconosciuta pari al _____ %

() di essere in possesso di certificato medico psichiatrico attestante la presa in carico da parte del servizio pubblico di Salute Mentale ed assenza d’invalidità civile.

Medico di medicina generale (cognome e nome)

Specialista di riferimento (cognome e nome)

(E' possibile allegare eventuale documentazione attestante i requisiti di partecipazione di cui al quadro B)

QUADRO F – PARTECIPAZIONE AD ALTRE ESPERIENZE D'INSERIMENTO LAVORATIVO O SIMILARI

() di aver partecipato ad altre esperienze d'inserimento lavorativo o similari

specificare _____

QUADRO G – SOTTOSCRIZIONE del diretto interessato o dell'Amministratore di Sostegno (o raccolta dell'istanza e delle relative dichiarazioni da parte del Pubblico Ufficiale, in caso impedimento a sottoscrivere da parte dell'interessato).

Con l'apposizione della seguente firma, s'intendono sottoscritte: la domanda di partecipazione al Percorso VALORE bis e le dichiarazioni effettuate nei precedenti quadri B-C-D-E-F, oltre che A

Il sottoscritto dichiara altresì di aver letto e compreso l'informativa resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR 2016/679

Data _____ Firma _____

(ALLEGARE COPIA FOTOSTATICA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ)

In caso di sottoscrizione non apposta dal diretto interessato, si proceda alla compilazione (alternativa) dei due sottostanti riquadri

Dati da indicare in caso di DOMANDA/DICHIARAZIONE sottoscritte da un Amministratore di Sostegno:

Cognome/Nome _____

nato/a il |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____| a _____ Prov. _____

e residente in _____

Via/P.zza. _____ n. _____

Cap. _____ Tel. _____

Codice Fiscale: _____

Estremi del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto):

OPPURE

Spazio riservato al Pubblico Ufficiale che accerta l'impedimento a sottoscrivere da parte dell'interessato.

IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE

La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta dal Pubblico Ufficiale previo accertamento dell'identità del dichiarante. Il Pubblico Ufficiale attesta che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato in presenza di un impedimento a sottoscrivere (DPR 445/2000, art. 4).

Il sottoscritto (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del Sig./Sig.ra

(Cognome/Nome) _____

della cui identità si è accertato tramite il seguente documento

Data _____ Il Pubblico Ufficiale (timbro e firma per esteso)

Firma _____