

OGGETTO: RICHIESTA DI AMMISSIONE PROGETTO D'INCLUSIONE SOCIALE DEL PLUS.

Il/la Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ residente a _____

_____ in via _____

Tel _____ CF _____

CHIEDE

Di poter accedere alle attività del Progetto d'Inclusione Sociale di inserimenti socio lavorativi rivolti a soggetti svantaggiati e previste per l'anno 2017 nell'ambito del progetto PLUS Trexenta.

A tal fine, consapevole che, ai sensi del DPR 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art. 77 del medesimo DPR 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici, dichiara:

- di essere residente a Suelli dal _____
- che è disoccupato dal _____
- che il proprio nucleo familiare è così composto:

NOME E COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RELAZIONE DI PARENTELA

Che per quanto riguarda la situazione di svantaggio il richiedente si trova in una delle seguenti condizioni:

- Invalidi civili, psichici e sensoriali;
- Ex degenti di istituti psichiatrici e soggetti in trattamento psichiatrico;
- Tossicodipendenti e alcolisti che abbiano in corso un programma di recupero e trattamento sanitario;
- Detenuti ammessi al lavoro, dimessi dal carcere e/o ammessi alle misure alternative alla detenzione;
- Soggetti appartenenti a categorie socialmente emarginate o a rischio di emarginazione;
- Minori in età lavorativa in situazione di difficoltà familiare;
- Soggetti indicati con decreto del Presidente del Consiglio come rientranti tra le categorie svantaggiate.
- Appartenente alle categorie protette ex L.68/1999
- A rischio di emarginazione ed esclusione sociale
- In assenza di familiari e reti parentali in grado di dare un sostegno
- In condizione di grave disagio economico per mancanza e/o precarietà del lavoro o inadeguatezza del reddito familiare;
- Altro _____

- che nel proprio nucleo familiare sono presenti una o più persone che si trovano in situazione di disagio certificato come di seguito indicato:

TIPOLOGIA	N. COMPONENTI
Invalidi civili con _____ %	
Malato di mente in trattamento presso il CIM territoriale	
Minorato fisico o con disabilità grave ai sensi della L.104/92	
Anziano di età superiore a 65 anni non autosufficiente	
Tossicodipendenti o alcolisti in trattamento	
Detenuti o ex detenuti che abbiano terminato la pena da non più di 18 mesi	

Che l'abitazione dove attualmente risiede è:

- Di proprietà, usufrutto o comodato gratuito
 Di proprietà con mutuo
 In locazione
 In locazione con mutuo
- Di rendersi disponibile a concordare ed accettare eventuali interventi di sostegno e recupero che potranno essere proposti dal Servizio Sociale allo stesso richiedente e/o al suo nucleo familiare.
- di comunicare tempestivamente ogni variazione riferita ai dati contenuti nella presente;
- Di essere a conoscenza del fatto che l'Amministrazione Comunale, ai sensi dell'art.71 del D.P.R. 445/2000 potrà disporre controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese.
- Di essere a conoscenza, in quanto informato ai sensi dell'art.13 della legge n.196/2003, che i dati acquisiti con la presente autocertificazione sono trattati dagli Enti interessati per lo svolgimento delle proprie funzioni connesse all'attuazione del progetto di cui trattasi.

Allega alla presente:

- Ultima dichiarazione ISEE del proprio nucleo familiare in corso di validità
- Copia di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale;
- Eventuali certificati sanitari attestanti la presenza di gravi patologie o disabilità (invalidità civile, condizione di handicap L.104/92, ecc.);
- Ogni altra documentazione ritenuta utile ai fini della valutazione della situazione personale e familiare di disagio sociale.
- altro (specificare) _____
- altro (specificare) _____

Data _____

Firma _____

Desideriamo informarLa che il D.Lgs. 196/2003 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Ai sensi dell'art.13 della legge predetta si forniscono le seguenti informazioni:

- ✓ I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità: formazione della graduatoria e liquidazione dell'entità del contributo.
- ✓ Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale e informatizzato.
- ✓ Il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale rifiuto a fornire i dati richiesti comporta l'esclusione dalla graduatoria.
- ✓ I dati non saranno comunicati ad altri soggetti, ne saranno oggetto di diffusione.

Autorizzazione al trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 675/96 e s.m.i.

Dichiaro che mi sono state illustrate in sintesi le norme sulla privacy e le modalità e finalità di trattamento dei miei dati personali e che consapevolmente sottoscrivo il mio consenso alla loro raccolta e al loro trattamento per le finalità esplicitate.

Data _____

Firma _____