# ALLEGATO 1

**progetti di inclusione socio-lavorativa di persone con disabilità PR Sardegna FSE+ 2021-2027 al servizio della dignità" per il sostegno a titolo del Fondo sociale europeo Plus nell'ambito dell'obiettivo "Investimenti a favore dell'occupazione e della crescita". CCI 2021IT05SFPR013 CUP H61H25000130006**

**Oggetto: Dichiarazione di disponibilità a partecipare a Progetti di inclusione socio-lavorativa di persone con disabilità – INCLUDIS 2024 PR Sardegna FSE+ 2021-2027**

Il/La sottoscritto/a C.F. Nato/a a ( ) il e residente a ( ) in Via n.

Recapito telefonico E-mail pec **CONSAPEVOLE CHE**

* Le persone ammesse al percorso di inclusione socio-lavorativa saranno individuate di concerto con i servizi socio sanitari, sulla base di un 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;
* I destinatari individuati beneficeranno di un percorso di accesso e presa in carico. Una parte di questi destinatari potrà usufruire di un percorso di orientamento specialistico e coloro che saranno ritenuti idonei potranno accedere ad 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 c. 1, lett. c), DPR n. 917/1986 TUIR ris A.E. N. 95/e/2002;
* NON si darà luogo a graduatorie ma i destinatari saranno scelti con i servizi sociosanitari del PLUS Distretto di Nuoro;

# DICHIARA

**sotto la propria responsabilità, ai sensi dell’articolo 46 (dichiarazione sostitutiva di certificazione) e dell’articolo 47 (dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà) del DPR 445/2000 e s.m.i.:**

* + Per sé
	+ Per il proprio amministrato/ familiare (indicare grado di parentela) (*Nome e Cognome*)

Nato/a a ( ) il C.F. e residente a ( ) in Via n. Recapito telefonico E-mail pec

*(barrare solo la casella che interessa*):

* Di essere maggiorenne o di essere minorenne che ha compiuto 16 anni e assolto l’obbligo di istruzione;
* Di non essere occupato;
* Di essere interessato a partecipare al percorso di inclusione socio-lavorativa di cui all’oggetto;
* Di essere in carico al seguente servizio socio-sanitario ; specificare indirizzo del servizio e medico di riferimento
* Di appartenere ad una delle seguenti condizioni *(barrare solo la casella che interessa*):
	+ affetto da disturbo mentale o dello spettro autistico in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale Dipendenze-Centri di Salute Mentale o UONPIA;
	+ disabilità mentale/intellettiva e/o psichica in carico ai servizi sociali o socio-sanitari
	+ disabilità riconosciuta ai sensi dell’art. 3 della L.104/92 ss.mm.ii.

# CHIEDE

di accedere al Programma **“Includis 2024”**. Allega a tal fine:

* + Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente e del beneficiario (se non coincidono), in corso di validità
	+ Fotocopia della Tessera Sanitaria
	+ Fotocopia verbale di riconoscimento della disabilità ai sensi dell’articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n.104(Destinatari C), ovvero certificazione attestante la patologia mentale intellettiva o psichica rilasciata dallo specialista del servizio pubblico o convenzionato che ne detiene la presa in carico o dello specialista di riferimento (Destinatari A – B). .
* **Dichiara inoltre** di essere informato/a che i dati forniti sono indispensabili per l’istruttoria della pratica e saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, che include il trattamento informatico dei dati forniti, la trasmissione a terzi
* **Dichiara** a tal fine di aver preso visione dell’informativa ai sensi del *GDPR n. 679/2016UE* 2016/679, all. 2 del presente avviso e pertanto presta il consenso e autorizza il trattamento

Luogo e data Firma