*Allegato A -Tirocinanti*

*All’Ambito Territoriale Sociale di Amantea*

# OGGETTO: Ammissione all’ Avviso Pubblico per l’individuazione di destinatari per l’attivazione di tirocini di inclusion sociale di cui alla programmazione QSFP2019-2020 e 2021 approvata con Verbale n. 1del 19/3/2024 da parte della Conferenza dei Sindaci appartenenti all’Ambito Territoriale Sociale di Amantea

**Annualità2019 CUP** I99J19000780001

**Annualità 2020 CUP** I99J20002510001

**Annualità 2021 CUP** I61H21000130001

### Il/la sottoscritto/a nato a \_

(\_\_\_) il-------- residente ne lComune di--------------

### (\_\_\_) via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. codice fiscale

### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_telefono email

**CHIEDE**

Di **essere ammesso** alla selezione per lo svolgimento dei tirocini inclusive ifinalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione **di cui all’Avviso Pubblico per l’individuazione di destinatari per l’attivazione di tirocini di inclusion sociale di cui alla programmazione QSFP 2019-2020 e 2021approvata con Verbale n.1del 19/03/2024 da partedellaConferenzadeiSindaciappartenentiall’AmbitoTerritorialeSociale di Amantea**

Per tale finalità e nella piena consapevolezza di quanto previsto dal D.P.R. n. 445/2000, art. 76, in caso di affermazioni false e mendaci

**DICHIARA**

(barrare con una X le caselle di interesse)

di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### ⸋ di far parte di un nucleo familiar beneficiario della misura **AdI;**

⸋ di far parte di nucleo familiar beneficiario della misura **SFL;**

⸋ di far parte di un nucleo familiare il cui ISEE ha un valore **non superiore a** € **9.360,00** (come da ISEE allegato alla presente istanza)

### ⸋ che il proprio nucleo familiar è compost da n. persone (compreso **il** richiedente);

⸋ di far parte di nucleo familiare al cui interno è presente n soggetto/idisabile/i;

⸋ diessere disponibile ad effettuare il tirocinio inclusive da svolgersi presso I Comuni facenti parte dell’Ambito Territoriale Sociale di Amantea ovvero presso il Comune di

⸋ Amantea

⸋ Aiello Calabro

⸋ Belmonte Calabro

⸋ Cleto

⸋ Fiumefreddo Bruzio

⸋ Lago

⸋ Longobardi

⸋ San Pietro in Amantea

⸋ Serra d’Aiello

⸋ di essere a conoscenza che il tirocinio inclusivo non si configura, in nessun caso, come rapport di lavoro né subordinato né di natura autonoma;

⸋ di accettare tutte le disposizioni contenute nel presente Avviso pubblico;

A tal fne allega:

Copia fotostatica del documento di riconoscimento in corso di validità

Modello ISEE in corso di validità

Eventuale altra documentazione allegata

⸋ Contratto di locazione

⸋ Dichiarazione di presa in carico da parte del Servizio Sociale

⸋ Certificazione rilasciata dall’ASP di appartneneza attestante la disabilità propria o dei familiari conviventi

 lì \_

**FIRMA**

Ai sensi del GDPR n. 679/2016 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali" acconsento al trattamento dei miei dati personali nei termini e con le modalità indicate dalI 'avviso pubblico.

 lì \_

## FIRMA