



PIANO LOCALE UNITARIO DEI SERVIZI ALLA PERSONA

DISTRETTO DI TEMPIO PAUSANIA

Provincia di Olbia-Tempio, ASL n. 2, Comuni di Tempio P., Aggius, Aglientu, Badesi, Bortigiadas, Calangianus, Luogosanto, Luras, e Trinità d'Agultu

All'Ufficio di Piano
Ambito PLUS Tempio Pausania
Piazza Gallura, 3
07029 – Tempio Pausania (SS)

E, p.c.

Al Comune di _____

Area Servizi Sociali

Via _____ n. _____

Oggetto: Dichiarazione di disponibilità a partecipare a Progetti di inclusione socio-lavorativa di persone con disabilità – INCLUDIS 2021- Fondo Sociale Europeo 2014-2020 - Asse Inclusione Sociale, OT9 – Priorità I – Obiettivo specifico 9.2, Azione 9.2.1

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 2021- 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);
- non si darà luogo a graduatorie, ma i destinatari saranno scelti di concerto con i servizi sociosanitari dell'ambito PLUS del Distretto di Tempio Pausania;
- 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**;



PIANO LOCALE UNITARIO DEI SERVIZI ALLA PERSONA
DISTRETTO DI TEMPIO PAUSANIA

Provincia di Olbia-Tempio, ASL n. 2, Comuni di Tempio P., Aggius, Aglientu,
Badesi, Bortigiadas, Calangianus, Luogosanto, Luras, e Trinità d'Agultu

- **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. 95/e/2002 e 46/E/2008**

per le finalità di cui al bando INCLUDIS2021, 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)

- per sé;
- per il proprio amministrato (nome e cognome _____
Nato/a a _____ (____) il _____ C.F. _____
e residente a _____ Via _____ n. _____
Recapito telefonico _____ mail _____
pec _____);
- 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 e in carico al Centro di Salute Mentale di: _____;
- di essere affetto/a da disturbo dello spettro autistico e in carico all'Unità Operativa di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza di: _____;
- di avere una disabilità mentale/psichica e di essere in carico al seguente servizio socio sanitario specialistico: _____;
- (*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 2021.



PIANO LOCALE UNITARIO DEI SERVIZI ALLA PERSONA
DISTRETTO DI TEMPIO PAUSANIA
Provincia di Olbia-Tempio, ASL n. 2, Comuni di Tempio P., Aggius, Aglientu,
Badesi, Bortigiadas, Calangianus, Luogosanto, Luras, e Trinità d'Agultu

CHIEDE
di accedere al Programma "INCLUDIS 2021".

Allega a tal fine:

- Copia verbale di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'articolo 3, della legge 5 febbraio 1992, n.104.
- copia del documento di identità in corso di validità.
- copia codice IBAN del dichiarante _____

Data _____

Firma _____

Il sottoscritto è consapevole che la compilazione del presente modulo è finalizzata alla semplice raccolta dati per l'analisi del bisogno di inclusione socio-lavorativa nel territorio dell'Ambito PLUS Distretto di Tempio Pausania e che, pertanto, nessun obbligo viene assunto dall'Ambito PLUS nei suoi confronti.

Data _____

Firma _____

Informativa Privacy

Si avvisa che l'informativa è pubblicata nel sito istituzionale e se ne può prendere visione tramite il link:

http://www.comune.tempiopausania.ot.it/index.php?option=com_content&view=article&id=1611:privacy&catid=349&Itemid=133

È disponibile in forma cartacea presso l'Ufficio in intestazione, chiunque ne volesse acquisire una copia cartacea può richiederla all'ufficio

Data _____

Firma _____