

PR FSE+ ABRUZZO 2021-2027
OBIETTIVO “INVESTIMENTI A FAVORE DELL'OCCUPAZIONE E DELLA CRESCITA”

MODULO DI ISCRIZIONE ALL'INTERVENTO PER UTENTI

| ANAGRAFICA | |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| DD approvazione Bando/Avviso | DPG022/142 DEL 11.07.2023 |
| ID Scheda di Intervento | 3.k.8.1 |
| Denominazione Scheda intervento | Abruzzo include 2 (Prima edizione) |
| Priorità | III Inclusione e protezione sociale |
| Obiettivo specifico | k |
| Azione | 3.k.8.1 – Abruzzo Include 2 |
| Titolo del progetto | I.P.S.O. - (Inclusione, Protezione Sociale e Occupabilità) |
| CUP | C29I23000900006 |
| Avvio progetto | 19 gennaio 2024 |
| Conclusione progetto | 31 dicembre 2025 |
| Soggetto Responsabile dell'Attuazione (SRA) | Regione Abruzzo |

- di risiedere in Via/Piazza.....

n° Località Comune Appartenente

all'ADS n. _____ Denominato _____

C.A.P. Prov.

(Nel caso in cui la residenza non coincida con il domicilio)

di avere il domicilio in Via/Piazza

n° Località Comune

C.A.P. Prov. :

di essere iscritto al Centro per l'impiego di _____

dal (indicare mese e anno) |__|_|/|__|_|_|_|

1. Di essere disoccupato / Inoccupato ai sensi del D.Lgs. 150/2015:

| | |
|----------------------------------------|--------------------------|
| 1. Da oltre 24 mesi | <input type="checkbox"/> |
| 2. Da oltre un anno ed entro i 24 mesi | <input type="checkbox"/> |
| 3. Fino ad un anno | <input type="checkbox"/> |
| 4. Inoccupato | <input type="checkbox"/> |

2. Di appartenere al/ai seguente /i gruppo/i di vulnerabilità (almeno uno, comunque indicare tutte le vulnerabilità possedute)

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| soggetti svantaggiati ai sensi della legge 104 artt. 3 comma 1 e 3 | <input type="checkbox"/> |
| soggetti invalidi civili | <input type="checkbox"/> |
| soggetti con disabilità non inseriti nelle convenzioni del collocamento mirato ai sensi dell'art. 1, comma 1, Legge, 12 marzo 1999, nr. 68; | <input type="checkbox"/> |
| disabili, invalidi civili, psichici e sensoriali, per i quali trovano applicazione le specifiche disposizioni contenute e previste all'art. 11, comma 2, Legge, 12 marzo 1999, nr. 68; | <input type="checkbox"/> |
| soggetti svantaggiati ai sensi dell'art. 4, comma 1, Legge, 8/11/1991, nr. 381 | <input type="checkbox"/> |
| soggetti inseriti nei programmi di assistenza ai sensi dell'art. 13, Legge, 11 agosto 2003, nr. 228 a favore di vittime di tratta; | <input type="checkbox"/> |
| soggetti inseriti nei programmi di assistenza e integrazione sociale ai sensi dell'art. 18, D. Lgs., 25 luglio 1998, nr. 286 a favore di vittime di violenza e di grave sfruttamento da parte delle organizzazioni criminali; | <input type="checkbox"/> |
| soggetti inseriti nei programmi di intervento e servizi ai sensi della Legge, nr. 154/2001 – 38/2009 – 119/2013 a favore di vittime di violenza nelle relazioni familiari e/o di genere; | <input type="checkbox"/> |
| over 45 anni; | <input type="checkbox"/> |
| cittadini di Paesi Terzi; | <input type="checkbox"/> |
| senza fissa dimora (secondo quanto stabilito dalla Classificazione ETHOS delle Linee guida nazionali sul disagio adulti); | <input type="checkbox"/> |
| persone in situazione di povertà certificata da ISEE Ordinario con un valore non superiore a € 9.360,00. Le persone con disabilità grave e non autosufficienza | <input type="checkbox"/> |

riconosciuta e certificata possono presentare ISEE socio-sanitario ristretto;

persone prese in carico da parte dei Distretti/Servizi Sanitari ai sensi della DGR 143/2023.

3. Di avere un ISEE ordinario e/o corrente in corso di validità di € _____
(ISEE socio sanitario per gli utenti presi in carico ai sensi della DGR 143/2023)

4. Che il nucleo familiare rientra in uno delle seguenti tipologia:

- | | |
|--------------------------------------------------|--------------------------|
| 1. Genitore solo con uno o più figli a carico | <input type="checkbox"/> |
| 2. Nucleo familiare con uno o più figli a carico | <input type="checkbox"/> |
| 3. Altro _____ | <input type="checkbox"/> |

5. Voucher di servizio durante lo svolgimento del tirocinio

Consapevole di quanto esposto al punto 7.3 dell'Avviso il sottoscritto:

- Richiede voucher di servizio e si impegna a produrre ogni documentazione richiesta al riguardo
- Non richiede voucher di servizio

Luogo e data

Firma

8. Privacy

In attuazione del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.lgs. n. 196/2003, Regolamento UE n. 2016/679 e D.lgs. 101/2018), i dati contenuti saranno utilizzati nell'ambito del procedimento di istruttoria. Tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la riservatezza e diritti dell'operatore.

Tutti i dati personali comunicati dai soggetti interessati, acquisiti nel rispetto delle disposizioni legislative vigenti e che sono connessi, strumentali ed inerenti allo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente, sono trattati nel contesto del seguente trattamento:

espletamento dell'avviso per la partecipazione degli utenti per e l'attuazione delle attività previste dal Progetto I.P.S.O. a valere sull'avviso regionale Abruzzo Include 2.

Il/la sottoscritto/a _____ autorizza al trattamento dei dati personali, inclusi i dati sensibili indicati per le finalità di cui al bando/avviso pubblico in oggetto.

Luogo e data

Firma

Allegati

- A. Copia di documento di identità in corso di validità
- B. Attestazione ISEE in corso di validità
- C. Certificato di disoccupato / Inoccupato ai sensi del D.Lgs. 150/2015 rilasciato dal Centro per l'Impiego di competenza
- D. Documentazione attestante la vulnerabilità dichiarata
- E. Curriculum
- F. Per gli utenti presi in carico da parte dei Distretti/Servizi Sanitari/CSM di competenza ai sensi della DGR 143/2023, certificazione di presa in carico.