AVVISO PUBBLICO INTEGRATIVO CON RIAPERTURA DEI TERMINI

per la copertura dei posti residui, vacanti o non attivati relativi al contingente originario di n. 79 Tirocini di Inclusione Sociale già programmati dall'Ambito Territoriale Sociale di Polistena, nonché per l'attivazione di ulteriori n. 13 Tirocini di Inclusione Sociale aggiuntivi.

CUP QSFP 2024: I21H26000050001 – CUP QSFP 2025: I21H26000060001

Al Comune di Polistena
Capofila ATS

Allegato A
Modello di domanda

_l_ sottoscritt_ (cognome) _____ (nome) _____

Nat_ a _____ Prov. _____in data _____/_____/_____

Nazionalità _____ residente a _____ in

via/piazza _____ n. ___ CAP _____ Codice Fiscale _____

Recapito telefonico: fisso _____ Cell. _____

e-mail _____ PEC _____

CHIEDE

di aderire all'Avviso Pubblico Integrativo con riapertura dei termini per la copertura di n. 25 Tirocini di Inclusione Sociale da attivare a valere sulla Quota Servizi del Fondo Povertà – annualità 2024 e 2025.

All'uopo, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

☐ di aver preso visione dell'Avviso in oggetto e di accettarne integralmente il contenuto;

☐ di essere residente in uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale di Polistena;

di appartenere a una delle seguenti condizioni di accesso (barrare la casella corrispondente):

☐ a) nucleo familiare beneficiario di Assegno di Inclusione – ADI, intestato a: _____;

☐ b) beneficiario di Supporto per la Formazione e il Lavoro – SFL, ove compatibile con la disciplina applicabile e con il Progetto personalizzato;

☐ c) nucleo familiare/persona in condizione di disagio sociale ed economico, con attestazione ISEE ordinario in corso di validità non superiore a € 10.140,00, per il quale sussiste presa in carico sociale e/o sociosanitaria da parte dei servizi competenti.

☐ di essere preso in carico dal Servizio Sociale Professionale comunale e/o dai servizi sociosanitari competenti, ovvero di impegnarsi, ove previsto, alla sottoscrizione del Patto per l'Inclusione Sociale – PaIS o del relativo Progetto personalizzato;

☐ di avere un'età compresa tra i 18 anni compiuti e i 64 anni;

☐ di non essere collocato/a in pensione;

COMUNE DI POLISTENA (RC) PROT. N.0009433 DEL 18-05-2026 in partenza

☐ di non svolgere attività lavorativa incompatibile con la partecipazione al Tirocinio di Inclusione Sociale e con il relativo Progetto personalizzato;

☐ di essere in condizione di disoccupazione/inoccupazione ovvero di trovarsi in condizione compatibile con la misura, secondo quanto previsto dall'Avviso e dalla normativa applicabile;

☐ di non essere contemporaneamente inserito/a in altri progetti lavorativi, formativi, tirocini, borse lavoro o misure analoghe incompatibili con il presente Avviso o finanziate con risorse pubbliche aventi la medesima finalità;

☐ di non beneficiare di altre indennità, contributi o misure economiche incompatibili con la partecipazione al Tirocinio di Inclusione Sociale o tali da determinare duplicazione del finanziamento pubblico per la medesima finalità;

☐ di non essere incorso/a in provvedimenti di decadenza, revoca o esclusione da precedenti progetti di inclusione sociale, lavorativa o formativa per gravi inadempimenti, ove debitamente accertati dall'Amministrazione competente;

☐ di essere consapevole che può presentare istanza un solo componente per ciascun nucleo familiare;

☐ di assicurare la piena adesione e partecipazione agli impegni previsti dal Progetto personalizzato e, ove applicabile, dal Patto per l'Inclusione Sociale – PaIS.

CITTADINANZA (selezionare una delle voci sotto indicate)

Di essere:

☐ Cittadino/a italiano/a;

☐ Cittadino/a dell'Unione Europea;

☐ Cittadino/a di Paese terzo in possesso di permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo, ovvero titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente, familiare di cittadino italiano o dell'Unione Europea, ovvero apolide;

☐ Titolare di protezione internazionale o di altro titolo di soggiorno valido ai sensi della normativa vigente.

Qualora sia stata barrata una delle caselle relative ai cittadini di Paesi terzi o ai titolari di protezione internazionale, compilare i seguenti campi:

numero del permesso/titolo di soggiorno _____ data di rilascio _____

eventuale data di scadenza _____ Ente che ha rilasciato il titolo _____

☐ richiesto rinnovo del permesso/titolo di soggiorno in data _____

COMUNE DI POLISTENA (RC) PROT. N.0009433 DEL 18-05-2026 in partenza

DICHIARA INOLTRE CHE:

1. Il proprio nucleo familiare, per come risultante dall'anagrafe comunale e/o dall'attestazione ISEE ordinario in corso di validità, è così composto:

COGNOME E NOME	GRADO DI PARENTELA	DATA DI NASCITA
	richiedente	

2. Nel nucleo familiare vi sono n. _____ componenti minorenni.

3. Di essere disoccupato/inoccupato da n. mesi _____, ove applicabile.

4. Di essere consapevole che il Progetto personalizzato dovrà essere condiviso e sottoscritto con il Servizio Sociale Professionale, con il soggetto promotore e con il soggetto ospitante, e specificherà obiettivi, attività, sede, durata, articolazione oraria, tutor/referenti, modalità di monitoraggio, obblighi e condizioni di partecipazione.

5. Di essere consapevole che il Tirocinio di Inclusione Sociale non costituisce rapporto di lavoro subordinato, parasubordinato o autonomo e non determina diritti o aspettative in ordine all'accesso ai ruoli dell'Amministrazione o del soggetto ospitante.

6. Di essere consapevole che l'accertamento della non veridicità del contenuto della presente dichiarazione e delle ulteriori dichiarazioni rese comporterà la decadenza dai benefici eventualmente concessi, ferme restando le responsabilità penali previste dalla normativa vigente.

7. Di essere informato/a, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 e della normativa nazionale vigente in materia di protezione dei dati personali, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per le finalità connesse alla gestione, monitoraggio e rendicontazione della misura.

EVENTUALE PREFERENZA NON VINCOLANTE SULLA SEDE DI SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO

Ai soli fini organizzativi, il/la sottoscritto/a indica la seguente eventuale preferenza in ordine al Comune/soggetto ospitante presso cui svolgere il tirocinio:

Comune/Sede preferita

_____

__

Il/la sottoscritto/a prende atto che la preferenza espressa non è vincolante per l'Amministrazione e che l'assegnazione definitiva sarà disposta dall'ATS di Polistena tenendo conto della posizione nell'elenco, della disponibilità dei soggetti ospitanti, della coerenza con il Progetto personalizzato, delle condizioni personali e sociali del beneficiario e delle esigenze organizzative della misura.

Luogo _____, data ____/____/_____

Firma del richiedente

_____

COMUNE DI POLISTENA (RC) PROT. N.0009433 DEL 18-05-2026 in partenza

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 e della normativa nazionale vigente in materia di protezione dei dati personali, i dati personali forniti con la presente domanda saranno trattati dal Comune di Polistena, in qualità di Comune Capofila dell'Ambito Territoriale Sociale di Polistena, esclusivamente per le finalità connesse all'istruttoria delle domande, alla formazione dell'elenco dei soggetti idonei e ammissibili, all'attivazione, gestione, monitoraggio e rendicontazione dei Tirocini di Inclusione Sociale.

Il trattamento dei dati avverrà con modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, minimizzazione, esattezza, limitazione della conservazione, integrità e riservatezza.

Il conferimento dei dati richiesti ha natura obbligatoria ai fini della partecipazione al presente Avviso. Il mancato conferimento dei dati e della documentazione richiesta può comportare l'impossibilità di istruire la domanda e, nei casi previsti, l'inammissibilità dell'istanza.

I dati potranno essere comunicati ai Comuni dell'Ambito, ai soggetti ospitanti, ai servizi sociali e sociosanitari competenti, agli enti previdenziali e assicurativi, alle amministrazioni pubbliche coinvolte nelle attività di controllo, monitoraggio, rendicontazione e verifica, nonché agli altri soggetti autorizzati dalla normativa vigente.

I dati saranno conservati per il tempo necessario alla gestione del procedimento, all'attuazione della misura, agli obblighi di monitoraggio, controllo, rendicontazione e conservazione documentale previsti dalla normativa vigente.

Gli interessati possono esercitare i diritti previsti dagli artt. 15 e ss. del Regolamento UE 2016/679, nei limiti e con le modalità previste dalla normativa vigente, nonché proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

Firma per presa visione dell'informativa

_____

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente;
- Copia dell'attestazione ISEE ordinario del nucleo familiare del richiedente, in corso di validità;
- Per i cittadini di Paesi terzi: copia del permesso/titolo di soggiorno in corso di validità, ovvero ricevuta di richiesta di rinnovo, oppure carta/permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo, ove ricorrente;
- Eventuale documentazione attestante la presa in carico sociale e/o sociosanitaria, ove richiesta dall'Amministrazione e non già agli atti dei servizi competenti;
- Ogni ulteriore documentazione richiesta dall'Avviso Pubblico o dall'Amministrazione ai fini dell'istruttoria.

Il/la sottoscritto/a dichiara di allegare la documentazione sopra indicata e di essere consapevole che l'Amministrazione potrà richiedere chiarimenti o integrazioni documentali, ove ammissibili, ai fini della verifica dei requisiti dichiarati.

Luogo _____, data ____/____/_____

Firma del richiedente

_____

COMUNE DI POLISTENA (RC) PROT. N.0009433 DEL 18-05-2026 in partenza