



CITTA' DI POTENZA

UNITA' DI DIREZIONE SERVIZI SOCIALI

Tel. 0971 415543 fax 0971 415523

- Via Lacava n. 2 -
85100 Potenza

**Al Dirigente
dell'U.D. dei Servizi Sociali
Dott.ssa Rosa Maria Salvia**

OGGETTO: DOMANDA PARTECIPAZIONE AL PROGETTO "L.INC.- lavoro per l'inclusione"

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____ nato/a a
_____ Codice fiscale _____

CHIEDE

di partecipare al Progetto "L.INC.- lavoro per l'inclusione" di cui all'oggetto.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni amministrative e della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di affermazioni false o contenenti dati non veritieri,

DICHIARA

di possedere i seguenti requisiti di ammissibilità:

- di essere nato a _____ il _____;
- di essere residente nel Comune di _____ alla Via _____
n. _____;
- di essere cittadino _____;

☐ di essere cittadino di uno Stato non appartenente all'Unione Europea con:

- Permesso di soggiorno N° _____ valido fino al ____/____/____ e rilasciato dal Questore di _____ ai sensi del D.Lgs. 286/98 e successive modifiche come da fotocopia allegata;
- Carta di soggiorno N° _____ rilasciata il ____/____/____ dal Questore di _____ ai sensi del D. Lgs. 286/98 e successive modifiche come da fotocopia allegata;
- Permesso/carta con richiesta di rinnovo presentata il ____/____/____ come da ricevuta allegata;
- di aver sottoscritto la Dichiarazione Sostitutiva Unica in data _____ valida fino al _____ che riporta i seguenti dati:
ISE pari a € _____
- di aver presentato istanza di inclusione sociale presso l'Unità di Direzione Servizi Sociali del Comune di Potenza nel periodo dal 01/01/2013 al 30/06/2014;

– che il nucleo familiare di appartenenza è così composto e ha la seguente situazione lavorativa e pensionistica:

Cognome e nome	Luogo e Data di nascita	Grado di parentela	Stato lavorativo /pensionistico (disoccupato /inoccupato/studente/pensionato)

– Che nel proprio nucleo sono presenti n _____ persone in situazione di handicap o invalidità accertata con le seguenti percentuali di invalidità:

Cognome e nome	Percentuale invalidità	Riconoscimento della condizione di handicap (indicare articolo e comma)

– di essere in stato disoccupazione o di ricerca di prima occupazione non inferiore ad almeno 6 mesi dalla data di presentazione della domanda;

- di essere iscritto al Centro per l'Impiego alla data di presentazione della domanda;

- di non beneficiare di alcun ammortizzatore sociale (es. cassa integrazione, mobilità, indennità di disoccupazione, ecc);

- di non essere beneficiario del programma regionale COPES o di altri programmi di formazione e inserimento lavorativo;

- di essere in possesso di idoneità fisica al lavoro, oppure per le persone in situazione di invalidità/disabilità di essere in possesso del verbale di accertamento della compatibilità lavorativa;

- di non godere di misure economiche finanziate dal Fondo sociale europeo (borse di studio, indennità per corsi di formazione ecc.);

- che nel nucleo familiare nel periodo dal 01/01/2013 al 30/06/2014 è avvenuta la seguente situazione aggravante:

☐ perdita del lavoro a seguito di licenziamento avvenuto il _____

☐ perdita del lavoro per cessata attività autonoma artigianale commerciale con cancellazione dalla camera di commercio di _____ dal _____

☐ n _____ componenti del nucleo familiare sono affetti da malattie allo stadio terminale

☐ n _____ componenti del nucleo familiare sono attualmente in stato di detenzione

- di avere svolto le seguenti mansioni lavorative: _____

- di essere disponibile ad effettuare le attività di tirocinio.

Il /la sottoscritt_ esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati, nel rispetto della legge 196/2003 e successivi aggiornamenti, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data

In fede

Si allega:

- Copia del documento di identità in corso di validità datato e sottoscritto;

- eventuale copia della carta o permesso di soggiorno in corso di validità o ricevuta di richiesta di rinnovo;

- Certificazione ISEE del nucleo familiare redditi 2013;

- eventuale documentazione attestante lo stato di malattia allo stadio terminale o lo stato di detenzione se sono presenti membri del nucleo familiare interessati da tale condizione;

- eventuale documentazione attestante lo stato di invalidità o di handicap se sono presenti membri del nucleo familiare interessati da tale condizione