

Azione C Tirocini di Inclusione SOGGETTI CON DISABILITA'

ALLEGATO A2 – DOMANDA DI PARTECIPAZIONE  
AVVISO PUBBLICO DI SELEZIONE PER L'ATTIVAZIONE DI TIROCINI DI INCLUSIONE SOCIALE  
DESTINATI A PERSONE CON DISABILITÀ  
Progetto "B2 LIFE" – Programma "Campania Welfare"  
CUP: F51F25000580009 – SURF: 27132 24036AP000000012

Azienda Speciale Consortile B02

Via G. Mazzini, 13

82018 San Giorgio del Sannio

Benevento

DATI DEL RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Residente Fiscale in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Via/Piazza n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Telefono/Cellulare \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

CHIEDE

di partecipare all'Avviso Pubblico per l'attivazione di Tirocini di Inclusione Sociale destinati a persone con disabilità, nell'ambito del Progetto "B2 LIFE" – Programma "Campania Welfare".

DICHIARA

ai sensi del DPR n. 445/2000 e consapevole delle responsabilità penali previste in caso di dichiarazioni mendaci:

1. di essere residente in uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale B02: \_\_\_\_\_
2. di essere disoccupato/a o inoccupato/a;
3. di avere una certificazione di disabilità (L. 104/1992);
4. di avere una certificazione ai sensi della L. 68/1999 con una % pari a \_\_\_\_\_;
5. di rientrare in una delle categorie di cui all'art. 1, comma 1, della Legge 12 marzo 1999, n. 68;
6. di essere iscritto/a al collocamento ordinario o al collocamento mirato ai sensi della Legge 68/1999 presso il CPI di \_\_\_\_\_;
7. di avere un'età compresa tra 16 e 64 anni alla data di presentazione della domanda;
8. di aver assolto l'obbligo scolastico (in caso di età inferiore ai 18 anni) e di possedere il seguente titolo di studi \_\_\_\_\_;
9. di essere preso/a in carico dai Servizi Sociali e/o dai Servizi Socio-Sanitari territoriali del Comune di \_\_\_\_\_ o Ambito/Consorzio \_\_\_\_\_;
10. Di avere una condizione economica in base all'ISEE:  
☐ fino a € 10.140,00 (10 pt)  
☐ da € 10.140,00 a € 11.000,00 (8 pt)  
☐ da € 11.001,00 a € 15.000,00 (6 pt)  
☐ da € 15.001,00 a € 20.000,00 (4 pt)

☐ da € 20.001,00 a € 28.381,88 (2 pt)

☐ oltre € 28.381,88 (0 pt)

**DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA ALLEGATA:**

- Copia del documento di identità in corso di validità
- Certificazione di disabilità (L. 104/92)
- Certificato di iscrizione al collocamento mirato (L. 68/99)
- Curriculum Vitae aggiornato, datato e firmato
- Attestazione ISEE in corso di validità

**EVENTUALE ALTRA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA (ES. VERBALE SULLE CAPACITÀ RESIDUE) - specificare**

---

---

---

**INFORMATIVA E CONSENSO SULLA PRIVACY**

Ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del D.lgs. 196/2003 e s.m.i., dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali e di esprimere il consenso al loro trattamento per le finalità connesse all'attuazione dell'intervento.

Firma per presa visione: \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE FINALE**

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto integralmente l'Avviso Pubblico e di accettarne tutte le condizioni. Dichiara inoltre di essere consapevole che:

- la presentazione della domanda non comporta l'automatica ammissione al tirocinio;
- la mancata integrazione documentale nei termini stabiliti (10 giorni), in caso di soccorso istruttorio ai sensi dell'art. 6, comma 1, lett. b) della L. 241/1990 e dell'art. 21 del D.Lgs. 76/2020, comporterà l'esclusione dalla graduatoria;
- la rinuncia al tirocinio o assenze non giustificate oltre i limiti previsti possono comportare l'interruzione del percorso e la perdita dell'indennità.

**Luogo e data:** \_\_\_\_\_ **Firma leggibile:** \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO AD ANNOTAZIONI DEL SERVIZIO SOCIALE COMPETENTE (PRESA IN CARICO)**

**ATTESTAZIONE DI PRESA IN CARICO:** *Si attesta che il cittadino richiedente risulta formalmente preso in carico dai Servizi Sociali territoriali / Servizi Socio-Sanitari dell'Ambito B02 a far data dal \_\_\_\_\_ a seguito di situazione di disagio socio-economico o vulnerabilità familiare.*

*Progetto di intervento personalizzato di riferimento:* \_\_\_\_\_.

*Note* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Data:* \_\_\_\_\_ *Firma dell'Assistente Sociale:* \_\_\_\_\_