



Presidenza
del Consiglio dei Ministri

Progetto realizzato con il contributo della
Presidenza del Consiglio dei Ministri –
Ministero per le disabilità



GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
Direzione Generale per le Politiche
Sociali e Socio Sanitarie



CHIEDE

Di partecipare all'Avviso pubblico finalizzato all'individuazione dei destinatari dei Tirocini previsti dal Progetto A.L.F.A. Autonomia, Lavoro, Formazione, Abilità;

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni ivi indicate,

DICHIARA

(barrare con una X le caselle interessate)

- di conoscere ed accettare le condizioni contenute nell'Avviso finalizzato all'individuazione dei destinatari dei Tirocini previsti dal Progetto A.L.F.A. Autonomia, Lavoro, Formazione, Abilità;
- di essere cittadino/a italiano/a o di uno Stato membro dell'Unione Europea o di una Nazione non facente parte dell'Unione Europea in possesso di regolare permesso di soggiorno almeno da 1 anno;
- di essere persona con disabilità, ai sensi dell'art. 1 della Legge 68/99;
- di **NON** essere percettore di reddito di cittadinanza;
- di essere persona **NON già** beneficiaria di programmi di accrescimento della consapevolezza, di abilitazione e di sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana attuati dall'Ambito B2 (formazione, tirocini formativi etc).
- di **NON** beneficiare, alla data di presentazione della domanda, dei seguenti servizi: Vita Indipendente, Dopo di Noi (L. 112/2016), assegno di cura, percorsi di orientamento al lavoro;
- di essere persona che vive da sola, priva di sostegno familiare o con familiari non più in grado di sostenere interamente il carico di cura;
- di essere persona che **NON** usufruisce dei servizi garantiti dall'Azienda;



Presidenza
del Consiglio dei Ministri



Progetto realizzato con il contributo della
Presidenza del Consiglio dei Ministri –
Ministero per le disabilità

GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
Direzione Generale per le Politiche
Sociali e Socio Sanitarie

di essere persona che usufruisce dei seguenti servizi :

di non avere un impiego regolarmente retribuito da almeno:

- Da 6 mesi a 1 anno
- Da 1 anno ed un giorno a 2 anni
- Da 2 anni e un giorno a 3 anni
- Da 3 anni e un giorno a 4 anni
- Da 4 anni e un giorno a 4 anni

che lo stato di famiglia è composto, oltre che dal dichiarante, dalle seguenti persone:

Parentela	Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Presenza di disabilità
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

che l'ISEE in corso di validità è pari a € _____

Allega alla presente domanda:

- Eventuale provvedimento di protezione giuridica del richiedente (tutela, curatela, amministrazione di sostegno);
- Copia carta d'identità del beneficiario e/o del richiedente se non coincidenti;
- Per cittadini extracomunitari copia titolo di soggiorno in corso di validità;
- Verbale di accertamento dell'handicap o della invalidità;
- Isee in corso di validità relativo all'intero nucleo familiare convivente;
- Attestato della DID rilasciato dal CPI di competenza;

B02 – AZIENDA SPECIALE CONSORTILE PER LA GESTIONE DEI SERVIZI ALLA PERSONA

Apice, Buonalbergo, Calvi, Castelpoto, Cautano, Foglianise, Paduli, Pago Veiano, Pesco Sannita, Pietrelcina, Ponte, San Giorgio del Sannio, San Martino Sannita, San Nazzaro, San Nicola Manfredi, Sant'Angelo a Cupolo, Sant'Arcangelo Trimonte, Torrecuso, Vitulano



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

**Progetto realizzato con il contributo della
Presidenza del Consiglio dei Ministri –
Ministero per le disabilità**



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
Direzione Generale per le Politiche
Socialie Socio Sanitarie**



- Certificato storico di disoccupazione rilasciato dal CPI di competenza.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole di quanto prescritto dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, nonché sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. 445/2000.

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematico, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. E' informato/a, inoltre, che il conferimento dei dati è necessario per la determinazione del contributo e che l'eventuale rifiuto a fornirli o ad acconsentire il loro successivo trattamento, comporta l'impossibilità da parte dell'Ente di dar corso alla domanda.

Luogo e data _____

Il Dichiarante
