## DISTRETTO SOCIO-SANITARIO DSS7

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Menfi_%28AG%29-Stemma | Sambuca_di_Sicilia-Stemma | Santa_Margherita_di_Belice-Stemma |  | Caltabellotta-Stemma | Montevago-Stemma | http://www.diamondcard.it/files/cral/20100622123308-aspagrigento.jpg |
| Menfi | Sambuca di Sicilia | Santa Margherita Belice | Sciacca | Caltabellotta | Montevago | Agrigento |

**COMUNE CAPOFILA SCIACCA**

**FONDI PAL 2020**

**Al Comune di Sciacca**

**Via Roma n. 13 – 92019 Sciacca (Ag)**

**Pec:** [**protocollo@comunedisciacca.telecompost.it**](mailto:protocollo@comunedisciacca.telecompost.it)

**Oggetto: Istanza per l’accesso ai tirocini formativi fondi PAL 2020 – scadenza 24/01/2025**

**Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_,**

**C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**residente, alla data di pubblicazione dell’Avviso di ammissione ai tirocini di inclusione sociale Fondi PAL 2020, in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_,**

**telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pec o e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

**CHIEDE**

l’ammissione ai tirocini, della durata di 6 mesi, finalizzati all’orientamento, alla formazione, all’inserimento/reinserimento e all’autonomia delle persone.

A tal scopo

**DICHIARA**

sotto la propria personale responsabilità e consapevole che chiunque rilasci false dichiarazioni è punito penalmente ai sensi dell’art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000:

* di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ appartenente al DSS7;
* di essere in età lavorativa (da 18 anni compiuti a 67 anni non compiuti);
* di essere beneficiario dell’ADI (Assegno di Inclusione) tra i non attivabili al lavoro;
* di essere in possesso del seguente titolo di studio:

□ Licenza Media □ Diploma di scuola superiore □ Laurea

* di non essere inserito in altri progetti lavorativi e/o formativi e di non beneficiare di altre misure di sostegno al reddito oltre alla misura ADI;

**Inoltre dichiara:**

(segnare solo i punti che interessano)

□ di essere, attualmente, in condizioni di disoccupazione ovvero di inoccupazione;

□ di avere n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ figli a carico, di cui n. \_\_\_\_\_\_ minori;

□ di avere un reddito ISEE pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ di avere invalidità pari a \_\_\_\_\_\_\_\_%, come da idonea documentazione che si allega;

□ di avere/non avere certificazione ai sensi dell’art. 3 comma 3 della L. 104/92;

□ che n. \_\_\_\_\_\_\_ componenti del nucleo familiare ha invalidità pari al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%;

□ di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi delle vigenti normative.

Si allega:

* Copia del documento di riconoscimento
* Copia della tessera sanitaria
* Attestazione **ISEE 2025**
* Certificato di invalidità personale o di un familiare (se presente)
* Copia del titolo di studio

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_/\_\_/\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_