



Al costituendo partenariato di progetto
PLUS SARCIDANO BARBAGIA DI SEULO
Co-Mete Società Cooperativa Sociale
NOESIS Società Cooperativa Sociale
Loro sedi

Oggetto: Dichiarazione di disponibilità a partecipare a Progetti di inclusione socio-lavorativa di persone con disabilità – INCLUDIS- Fondo Sociale Europeo 2014-2020 - Asse Inclusione Sociale, OT9 – Priorità I – Obiettivo specifico 9.2, Azione 9.2.1

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il ___/___/_____, residente a _____,
via _____ n. _____ CAP _____,
codice fiscale n. _____

Presa visione dell'avviso "Progetti di inclusione socio-lavorativa di persone con disabilità – INCLUDIS - Fondo Sociale Europeo 2014-2020, dei suoi allegati e delle linee guida

CONSAPEVOLE CHE

- le persone ammesse al percorso di inclusione socio-lavorativa saranno individuate di concerto con i servizi socio sanitari, sulla base di una accurata e documentata analisi di un evidente fabbisogno di protezione e inclusione sociale nello specifico contesto di riferimento, nonché di una effettiva possibilità di affrontare i percorsi proposti (Cfr. avviso PUBBLICO ART. 6);
- non si darà luogo a graduatorie, ma i destinatari saranno scelti di concerto con i servizi sociosanitari dell'ambito PLUS Sarcidano Barbagia di Seulo;
- I destinatari individuati usufruiranno di un percorso di **accesso e presa in carico**; una parte di questi usufruirà di un **percorso di orientamento specialistico** e una quota di questi potrà usufruire di un **Tirocinio di Orientamento, Formazione e inserimento/reinserimento**;
- **L'indennità corrisposta esclusivamente a chi intraprenderà il percorso di tirocinio è considerata, dal punto di vista fiscale, quale reddito assimilato a quelli di lavoro dipendente (art. 50, co. 1, lett. c), DPR n. 917/1986 TUIR - ris. A.E. n.**



DICHIARA

per sé

per il proprio amministrato _____

nato a _____ il ____/____/____ residente a _____

via _____ n _____ CAP _____

codice fiscale n. _____

1. Di essere interessato a partecipare al percorso di inclusione socio lavorativa di cui all'oggetto;

2. Di appartenere a una delle seguenti tipologie di destinatario (barrare la casella che interessa)

disabilità riconosciuta ai sensi dell'art. 3 della L.104/92 ss.mm.ii.;

disturbo mentale o dello spettro autistico in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze-Centri di Salute Mentale o UONPIA;

disabilità mentale e/o psichica in carico ai servizi socio sanitari.

3. Di essere in carico al seguente servizio sociosanitario: _____

specificare indirizzo del servizio e medico di riferimento: _____

Chiede di essere eventualmente contattato al numero di Tel. _____

Indirizzo e-mail: _____

Data ____/____/____

Firma