Unione Comuni
Arcipelago del Sulcis

Ambito PLUS Arcipelago del Sulcis

Comuni di Calasetta, Carloforte e Sant'Antioco
Ente Gestore: Unione dei Comuni Arcipelago del Sulcis
e-mail: coordinatore plus@unionecomuniarcipelagodelsulcis.it
PEC: unionecomuni.arcipelagodelsulcis@pec.it

ALL. 1

All'Ente gestore dell'Ambito PLUS Arcipelago del Sulcis
Sede Legale Piazza Belly 1 09017 – Calasetta
Sede Operativa Via Risorgimento, 37 09017 - Sant'Antioco
Pec: unionecomuni.arcipelagodelsulcis@pec.it
e-mail: coordinatore plus@unionecomuniarcipelagodelsulcis.it

MODULO DI DOMANDA TIROCINANTI

"AVVISO PUBBLICO INCLUDIS 2024":"ROTTE DI INCLUSIONE: ARCIPELAGO DI NUOVE OPPORTUNITÀ"

Il sottoscritto

Cognome	
Nome	
Sesso	
Codice Fiscale	
Comune e Provincia di nascita	
Data di nascita	
Indirizzo di residenza	
Indirizzo del domicilio	
Numero di telefono	
Numero di cellulare (obbligatorio	
email	
Pec	

in qualità di:

- ☐ diretto interessato
- ☐ amministratore di sostegno/genitore (nel caso di minori di età non inferiore ai 16 anni) del seguente

candidato/a:

Cognome	
Nome	
Sesso	
Codice Fiscale	
Comune e Provincia di nascita	
Data di nascita	
Indirizzo di residenza	
Indirizzo del domicilio	
Numero di telefono	
Numero di cellulare (obbligatorio	
email	
Pec	

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 46 (dichiarazione sostitutiva di certificazione) e dell'articolo 47 (dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà) del DPR 445/2000 e s.m.i.:

- Di essere maggiorenne o di essere minorenne che ha compiuto 16 anni e assolto l'obbligo di istruzione;

- Di non essere occupato;

- Di avere il seguente titolo di studio _____;

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

- Di essere in carico al seguente servizio socio sanitario_____;

specificare indirizzo del servizio e medico di riferimento_____

_____

- Di appartenere ad una delle seguenti condizioni (barrare solo la casella che interessa)

☐A - affetto da disturbo mentale o dello spettro autistico in carico ai seguenti servizi

1. *Dipartimenti di Salute Mentale Dipendenze – in carico al dott./dott.ssa_____*
2. *Centri di Salute Mentale - in carico al dott./dott.ssa_____*
3. *UONPIA (U.O. Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza in carico al dott./dott.ssa _____);*

☐ *B - disabilità mentale/intellettiva e/o psichica in carico ai servizi sociali o socio-sanitari;*

☐ *C - disabilità riconosciuta ai sensi dell'art. 3 della L.104/92 ss.mm.ii.*

CHIEDE

di accedere al progetto ***"Includis 2024 -Rotte di Inclusione Arcipelago di Nuove Opportunità"****.*

Allega a tal fine:

☐ *Copia del documento di riconoscimento del richiedente, in corso di validità, qualora l'istanza non sia firmata digitalmente*

Luogo e data

_____

Firma

_____