



ALLEGATO 2

AUTODICHIARAZIONE DEI REQUISITI DI ACCESSO AL PERCORSO

BANDO PUBBLICO PER LA SELEZIONE DI N. 65 DESTINATARI DEL PROGETTO “PERCORSI INCLUSIVI” (CUP C49J17000280006)

REGIONE ABRUZZO
Dipartimento Politiche per la Salute e il Welfare
Servizio per il Benessere Sociale

Programma Operativo Fondo Sociale Europeo 2014-2020
Obiettivo “Investimenti in favore della crescita e dell'occupazione”

Asse 2 Inclusione Sociale – Obiettivo tematico: 9 – Priorità d'investimento: 9i – Obiettivo specifico: 9.2 – Tipologia di azione:
9.2.2. Interventi di presa in carico multi professionale finalizzati all'inclusione lavorativa di persone maggiormente vulnerabili e a rischio di discriminazione e in generale alle persone che per diversi motivi sono presi in carico dai servizi sociali: percorsi di empowerment [ad es. interventi di recupero delle competenze di base rivolti a tossicodipendenti, detenuti etc.], misure per l'attivazione e accompagnamento di percorsi imprenditoriali, anche in forma cooperativa (es. accesso al credito, fondi di garanzia, microcredito d'impresa, forme di tutoraggio, anche alla pari)

AVVISO PUBBLICO “ABRUZZO INCLUDE”

Associazione Temporanea di Scopo

EVENTITALIA S.C.A.R.L.

AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE N. 20
TERAMO

AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE N. 24
GRAN SASSO - LAGA

HUMANGEST S.P.A.

CNA TERAMO

Spett.le ASSOCIAZIONE TEMPORANEA DI SCOPO

OGGETTO: Bando pubblico per la selezione di n. 65 destinatari del progetto "Percorsi Inclusivi" (CUP C49J17000280006). Allegato 2 - Autodichiarazione dei requisiti di accesso al percorso

La/il sottoscritto

Cognome			
Nome			
Luogo e data di nascita			
Indirizzo di residenza ¹	Via/piazza	N. civico	
	C.a.p.	Città	Prov.
Codice fiscale			
N. telefono			
N. cellulare			
Recapito e-mail			

ai fini della partecipazione alla selezione di n. 65 destinatari del progetto "Percorsi Inclusivi" (CUP C49J17000280006)

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i, consapevole della responsabilità penale in caso di dichiarazioni false o reticenti,

(barrare le voci di interesse)

<input type="checkbox"/> di essere utente dei Servizi sociali professionali, alla data di pubblicazione del presente Bando di selezione, del seguente Ambito Distrettuale Sociale: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ambito Distrettuale Sociale n. 20 – Teramo; <input type="checkbox"/> Ambito Distrettuale Sociale n. 24 – Gran Sasso - Laga; <p style="text-align: center;"><i>ovvero</i></p> <input type="checkbox"/> di essere nuovo richiedente ² dei Servizi sociali professionali del seguente Ambito Distrettuale Sociale: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ambito Distrettuale Sociale n. 20 – Teramo; <input type="checkbox"/> Ambito Distrettuale Sociale n. 24 – Gran Sasso - Laga;

¹ Nel caso di soggetto senza fissa dimora indicare l'indirizzo di domicilio del Candidato;

² In caso di nuovi richiedenti, dovrà essere trasmessa istanza di accesso al Servizio sociale professionale dell'Ente di rispettiva competenza territoriale preventivamente alla presentazione della domanda di accesso ai benefici del presente Bando;

<input type="checkbox"/> di essere residente nel comprensorio del seguente Ambito Distrettuale Sociale: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ambito Distrettuale Sociale n. 20 – Teramo; <input type="checkbox"/> Ambito Distrettuale Sociale n. 24 – Gran Sasso – Laga – Comunità Montana del Gran Sasso; <input type="checkbox"/> Ambito Distrettuale Sociale n. 24 – Gran Sasso – Laga – Unione dei Comuni Montani della Laga; <i>ovvero</i>
<input type="checkbox"/> di essere soggetto senza fissa dimora domiciliato nel comprensorio del seguente Ambito Distrettuale Sociale: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ambito Distrettuale Sociale n. 20 – Teramo; <input type="checkbox"/> Ambito Distrettuale Sociale n. 24 – Gran Sasso – Laga – Comunità Montana del Gran Sasso; <input type="checkbox"/> Ambito Distrettuale Sociale n. 24 – Gran Sasso – Laga – Unione dei Comuni Montani della Laga;
<input type="checkbox"/> di essere in condizione di disoccupazione o inoccupazione ai sensi del D.Lsg. 150/2015;
di appartenere ad almeno una delle seguenti tipologie di svantaggio (<i>indicare tutte le categorie di svantaggio alle quali il richiedente appartiene</i>): <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> soggetti con disabilità non inseriti nelle convenzioni del collocamento mirato ai sensi dell’art. 1, comma 1, Legge, 12 marzo 1999, nr. 68; <input type="checkbox"/> disabili, invalidi civili, psichici e sensoriali, per i quali trovano applicazione le specifiche disposizioni contenute e previste all’art. 11, comma 2, Legge, 12 marzo 1999, nr. 68; <input type="checkbox"/> soggetti svantaggiati ai sensi dell’art. 4, comma 1, Legge, 8/11/1991, nr. 381; <input type="checkbox"/> soggetti inseriti nei programmi di assistenza ai sensi dell’art. 13, Legge, 11 agosto 2003, nr. 228 a favore di vittime di tratta; <input type="checkbox"/> soggetti inseriti nei programmi di assistenza e integrazione sociale ai sensi dell’art. 18, D. Lgs., 25 luglio 1998, nr. 286 a favore di vittime di violenza e di grave sfruttamento da parte delle organizzazioni criminali; <input type="checkbox"/> soggetti inseriti nei programmi di intervento e servizi ai sensi della Legge, nr. 154/2001 – 38/2009 – 119/2013 a favore di vittime di violenza nelle relazioni familiari e/o di genere; <input type="checkbox"/> soggetti di età superiore a 45 anni di _____³ anni; <input type="checkbox"/> soggetti aventi status di immigrato; <input type="checkbox"/> soggetti senza fissa dimora; <input type="checkbox"/> persone in situazione di povertà certificata da ISEE inferiore a € 6.000,00⁴.

³ Indicare l’età dell’utente al momento della presentazione della candidatura

⁴ Nel caso in cui il Candidato dichiari di essere soggetto in condizione di povertà certificata con ISEE inferiore ad € 6.000,00 è necessario allegare al Dossier di candidatura la relativa Certificazione ISEE ovvero la DSU (cfr. art. 5 del Bando pubblico)

DICHIARA ALTRESÌ

(barrare la voce di interesse)

<input type="checkbox"/>	di essere lavoratore sospeso e/o percettore di forme di sostegno al reddito in quanto fruitore di ammortizzatori sociali e che l'importo mensile percepito è di € _____
<input type="checkbox"/>	di usufruire di altre forme di aiuto/sostentamento riconosciute dalla Pubblica Amministrazione per la seguente motivazione _____ e che l'importo mensile percepito è di € _____
<input type="checkbox"/>	di non rientrare in nessuna delle tipologie precedenti e di non percepire altre forme di sostegno al reddito

DICHIARA ANCORA

(barrare la voce di interesse)

<input type="checkbox"/>	di non essere gravati da un carico di cura dei propri familiari conviventi (minori, anziani non autosufficienti, disabili)
<input type="checkbox"/>	di essere gravati da un carico di cura dei propri familiari conviventi (minori, anziani non autosufficienti, disabili) per quanto concerne le seguenti spese (barrare la/le voce/i di interesse): <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> servizi di assistenza, cura ed accompagnamento ai minori, diversamente abili, anziani non autosufficienti (baby sitter, badanti, assistenti); <input type="checkbox"/> rette e servizi a pagamento per asili nido, centri estivi, attività extrascolastiche e doposcuola, centri ludico-ricreativi; <input type="checkbox"/> trasporto e mensa collegati alle attività prescolastiche e scolastiche; <input type="checkbox"/> assistenze domiciliari, servizi di cura e assistenza, case di riposo, case di cura e ricovero, centri di accoglienza e similari.
<input type="checkbox"/>	di essere in grado di esibire la documentazione comprovante il carico di cura su richiesta del soggetto attuatore;
<input type="checkbox"/>	di non essere in grado di esibire la documentazione comprovante il carico di cura su richiesta del soggetto attuatore.

DICHIARA INFINE

- di aver preso visione del Bando pubblico di selezione in oggetto e di accettarne le condizioni.

ALLEGA

Copia fronte retro di un documento di identità in corso di validità del dichiarante.

Luogo e data, _____

Firma del dichiarante
