

ALLEGATO "A" – DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

(da compilare in carta semplice)

AL COMUNE DI SOGLIANO CAVOUR

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Pec: protocollo.comune.soglianocavour@pec.it

Oggetto: Secondo Avviso Pubblico (Prot. n. 1702 del 27/02/2024) del Comune di Sogliano Cavour finalizzato all'individuazione dei beneficiari del progetto relativo alla linea di investimento 1.2. "Percorsi di autonomia per persone con disabilità"

Progetto finanziato attraverso l'Avviso 1/2022 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali
PNRR - Missione 5 "Inclusione e coesione"
Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore"
Sottocomponente 1 "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale"
CUP progetto Comune di Sogliano Cavour: B34H22001430001

Il/la sottoscritt.nat..... a il
..... residente aProv.....
via.....n....., Cod. Fisc..... recapito
telefonico (**cellulare obbligatorio**).....recapito tel. fisso.....
email@....., PEC.....@..... con
domicilio (solo se diverso dalla residenza) a in Via/P.zza
..... n.

CHIEDE

- Per sé stesso
- Per altro beneficiario di seguito indicato

| BENEFICIARIO (compilare se diverso dal richiedente) | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--------------------|--|--|--|--|--|--|
| COGNOME | | | | | | | | | | | | | | |
| NOME | | | | | | | | | | | | | | |
| NATO A | | | | | | | | DATA DI NASCITA | | | | | | |
| CODICE FISCALE | | | | | | | | | | | | | | |
| COMUNE DI RESIDENZA | | | | | | | | | | | | | | |
| INDIRIZZO | | | | | | | | | | | | | | |
| RECAPITO TELEFONICO | | | | | | | | | | | | | | |
| EMAIL | | | | | | | | | | | | | | |

Di partecipare alla selezione di cui all'Avviso in oggetto.

A tal scopo, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 relativo a falsità in atti e dichiarazioni mendaci e che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 D.P.R. n. 445/2000, e che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decade dal diritto ai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiere, di cui all'art.75 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, fatte salve, in ogni caso, le sanzioni penali previste dall'art. 76, ai sensi degli artt. 46 e 47 del succitato DPR 445/2000;

DICHIARA

di essere cittadino italiano oppure _____ (indicare la denominazione dello Stato facente parte dell'Unione Europea);

oppure

di essere cittadino _____ (indicare la denominazione dello Stato non facente parte dell'Unione Europea e di essere in possesso di un permesso di soggiorno, in corso di validità);

di essere residente nel Comune di Sogliano Cavour;

oppure

di essere residente in altro Comune dell'ATS di Galatina (*specificare*) _____ o facilmente raggiungibile (*specificare*) _____;

di conoscere ed accettare le condizioni (ai fini della redazione della graduatoria) contenute nell'Avviso Pubblico del Comune di Sogliano Cavour finalizzato all'individuazione dei beneficiari del progetto relativo alla linea di investimento 1.2 "Percorsi di autonomia per persone con disabilità";

di avere un'età compresa tra i 18 ed i 64 anni;

di avere il seguente stato civile (*barrare le ipotesi non corrette*): Celibe/Nubile, Coniugato/a, Separato/a, Divorziato/a, Vedovo/a, Convivente;

di possedere il seguente titolo di studio, come da classificazione ISCED: (*barrare con una X il livello posseduto*)

| | |
|--|--|
| NESSUN TITOLO | |
| LICENZA ELEMENTARE/ATTESTATO DI VALUTAZIONE FINALE | |
| LICENZA MEDIA /AVVIAMENTO PROFESSIONALE | |
| TITOLO DI ISTRUZIONE SECONDARIA di II GRADO (SCOLASTICA o FORMAZIONE PROFESSIONALE) CHE NON PERMETTE L'ACCESSO ALL'UNIVERSITÀ (qualifica di istituto professionale, licenza di maestro d'arte, abilitazione all'insegnamento nella scuola materna, attestato di qualifica professionale e diploma professionale di Tecnico (IeFP), Qualifica professionale regionale di I livello (post-obbligo, durata => 2 anni) | |
| DIPLOMA DI ISTRUZIONE SECONDARIA di II GRADO CHE PERMETTE L'ACCESSO ALL'UNIVERSITÀ | |
| QUALIFICA PROFESSIONALE REGIONALE POST-DIPLOMA, CERTIFICATO DISPECIALIZZAZIONE TECNICA SUPERIORE (IFTS) | |
| DIPLOMA DI TECNICO SUPERIORE (ITS) | |
| LAUREA DI I LIVELLO (triennale), DIPLOMA UNIVERSITARIO, DIPLOMA ACCADEMICO di I LIVELLO (AFAM) | |
| LAUREA MAGISTRALE/SPECIALISTICA di II LIVELLO, DIPLOMA DI LAUREA DEL VECCHIO ORDINAMENTO (4-6 anni), DIPLOMA ACCADEMICO di II livello (AFAM o di Conservatorio, Accademia di Belle Arti, Accademia d'arte drammatica o di danza, ISIAE vecchio ordinamento) | |
| TITOLO DI DOTTORE DI RICERCA | |

- Che la condizione occupazionale attuale è la seguente: *(barrare con una X il livello posseduto)*

| | |
|--|--|
| In cerca di prima occupazione | |
| Occupato (compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica e chi è in CIG) | |
| Lavoratore autonomo | |
| Disoccupato alla ricerca di nuova occupazione (o iscritto alle liste di mobilità) | |
| Studente | |
| Inattivo diverso da studente (casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in servizio di leva o servizio civile, in altra condizione) | |

- di essere in possesso di verbale di invalidità civile rilasciato da Commissione sanitaria dedicata e/o Legge 104/92 e/o qualsiasi altra documentazione medico-specialistica attestante lo stato di invalidità come definito all'Art. 2 dell'Avviso Pubblico *(specificare la tipologia di invalidità)* _____;
- di trovarsi in una condizione di permanente limitazione dell'autonomia personale, non derivante da patologie strettamente connesse ai processi di invecchiamento e tale da non compromettere la capacità di autodeterminazione;
- di essere in possesso di un'attestazione ISEE ordinario in corso di validità, da cui si evince la situazione economica della persona disabile;
- che la composizione del proprio nucleo familiare, quale risulta dallo stato di famiglia anagrafica, è la seguente:

| N° | Cognome e Nome | Data nascita | Relaz. Parentela | Disabilità e/o patologie gravi | minori | anziani | Condizione occupazionale |
|----|----------------|--------------|------------------|---|---|---|--------------------------|
| 1. | | | | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |
| 2. | | | | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |
| 3. | | | | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |
| 4. | | | | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |
| 5. | | | | <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'alloggio in cui vive con il proprio nucleo familiare è occupato a titolo di:

proprietà

affitto

altro (specificare) _____

DICHIARA INOLTRE

- di accettare tutte le condizioni individuate dal Comune di Sogliano Cavour che consentiranno l'accesso al beneficio;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni a quanto ivi dichiarato;
- di essere a conoscenza che il Comune di Sogliano Cavour, in sede di istruttoria o successivamente alla concessione del beneficio potrà esperire controlli, accertamenti tecnici ed ispezioni e ordinare esibizioni documentali per la verifica di quanto dichiarato;
- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13-14 GDPR n° 679/2016 e della normativa nazionale, che 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 beneficio indicato in oggetto e che un eventuale rifiuto a fornirli o ad acconsentire il loro successivo trattamento, comporta l'impossibilità da parte dell'Ente di dar corso alla domanda. Pertanto, con la presente, si autorizza il Comune di Sogliano Cavour al trattamento dei propri dati personali.

....., li

Il/La dichiarante

.....

Alla presente domanda devono essere obbligatoriamente allegati:

- Eventuale provvedimento di protezione giuridica del richiedente (tutela, curatela, amministrazione di sostegno);
- Per cittadini extracomunitari, copia titolo di soggiorno in corso di validità;
- Copia carta d'identità del disabile da candidare sull'Avviso pubblico (e anche del dichiarante, nel caso di persona dichiarante differente dal disabile);
- Verbale di invalidità civile rilasciato da Commissione sanitaria dedicata e/o Legge 104/92 e/o qualsiasi altra documentazione medico-specialistica attestante lo stato di disabilità come definito all'Art. 2 dell'Avviso pubblico;
- Curriculum Vitae della persona disabile;
- ISEE ordinario in corso di validità della persona disabile.

ISTRUZIONI:

La Domanda di Partecipazione (Allegato A), scaricabile dal sito web del Comune di Sogliano Cavour <https://www.comunedisoglianocavour.le.it>, deve essere presentata compilata in ogni sua parte e corredata da copia del documento di identità del dichiarante, entro e non oltre **il 30/06/2025** secondo le seguenti modalità di trasmissione:

- con consegna diretta presso l'Ufficio Protocollo del Comune di Sogliano Cavour in Piazza Diaz, all'interno di un plico chiuso recante all'esterno solo il nome e l'indirizzo del proponente, nei giorni lunedì, mercoledì e giovedì dalle ore 9.30 alle 11.30 e lunedì e mercoledì dalle 16.30 alle 18.30;
- Tramite pec da inviare al seguente indirizzo: protocollo.comune.soglianocavour@pec.it, avente ad oggetto: **Secondo Avviso Pubblico: P.N.R.R. Linea di Finanziamento 1.2. "Percorsi di autonomia per persone con disabilità" – Domanda di partecipazione;**