



PLUS

Distretto di Iglesias
Comuni di Buggerru, Domusnovas, Fluminimaggiore,
Iglesias, Gonnese, Musei, Villamassargia
Tel 0781/274409-422-428-434

ALLEGATO 1

MODULO DI DOMANDA "INCLUDIS 2024"

PR FSE+ 2021-2027

Priorità 3 Inclusione e lotta alla povertà - Obiettivo specifico h) ESO 4.8. Settore di intervento 153

Al Responsabile del Servizio del Comune di _____

Il sottoscritto:

Cognome	
Nome	
Sesso	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Codice fiscale	
Comune e provincia di nascita	
Data di nascita	
Indirizzo di residenza (Via, numero civico, città, cap, provincia)	
Indirizzo del domicilio (<i>compilare solo se diverso da residenza</i>)	
Numero di telefono	
Numero di cellulare (<i>obbligatorio</i>)	
e-mail	
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:



PLUS

Distretto di Iglesias
Comuni di Buggerru, Domusnovas, Fluminimaggiore,
Iglesias, Gonnese, Musei, Villamassargia
Tel 0781/274409-422-428-434

Cognome	
Nome	
Sesso	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Codice fiscale	
Comune e provincia di nascita	
Data di nascita	
Indirizzo di residenza (Via, numero civico, città, cap, provincia)	
Indirizzo del domicilio (<i>compilare solo se diverso da residenza</i>)	
Numero di telefono	
Numero di cellulare (<i>obbligatorio</i>)	
e-mail	
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 minorenni 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 Dipartimenti di Salute Mentale Dipendenze-Centri di Salute Mentale ovvero UONPIA (U.O. Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza);
- B - disabilità mentale/intellettuale 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.



PLUS

Distretto di Iglesias
Comuni di Buggerru, Domusnovas, Fluminimaggiore,
Iglesias, Gonnese, Musei, Villamassargia
Tel 0781/274409-422-428-434

CHIEDE di accedere al Programma **“Includis 2024”**.

Allega a tal fine:

- (obbligatorio per i destinatari di cui alle lettere A e B)* Copia della certificazione attestante la patologia mentale/intellettuale e o psichica rilasciata dallo specialista del servizio pubblico o convenzionato che ne detiene la presa in carico o dello specialista di riferimento
- (obbligatorio per i destinatari di cui alla lettera C)* Copia verbale di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'articolo 3, della legge 5 febbraio 1992, n.104
- Copia del documento di riconoscimento del richiedente, in corso di validità, qualora l'istanza non sia firmata digitalmente

Luogo e data

Firma

Dichiara inoltre

- di essere informato/a che i dati forniti sono indispensabili per l'istruttoria della pratica e saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, che include il trattamento informatico dei dati forniti, la trasmissione a terzi;
- di aver preso visione dell'informativa ai sensi del *GDPR n. 679/2016UE* 2016/679, all. 2 dell'avviso INCLUDIS 2024;
- di prestare il consenso e autorizzare il trattamento.

Luogo e data

Firma
