

Allegato A – MODULO DI DOMANDA

ECAD n. 6 Sangrino
c/o Comune di Castel di Sangro
Corso Vittorio Emanuele n. 10
67031 - Castel di Sangro (AQ)
PEC: comune.casteldisangro.aq@pec.comnet-ra.it

AVVISO PUBBLICO PER L'ATTIVAZIONE DI TIROCINI DI INCLUSIONE A VALERE SULLE RISORSE DELLA QUOTA SERVIZI FONDO POVERTÀ (QSFP) RISERVATI AI BENEFICIARI ADI (ASSEGNO DI INCLUSIONE) E AI SOGGETTI IN SIMILI CONDIZIONI DI DISAGIO ECONOMICO CON UN ISEE NON SUPERIORE A € 10.140,00

Il/La sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____
nato/a a _____ Prov. _____ il _____
C.F. _____ cittadinanza _____
residente a _____ Prov _____
via _____ n° _____
Recapito telefonico _____ e-mail _____

CHIEDE

di partecipare alla selezione per l'accesso a n. 24 tirocini finalizzati all'inclusione sociale e all'autonomia della persona, finanziati dalla **QUOTA SERVIZI FONDO POVERTÀ**.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni non veritiere, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

Alla data di presentazione della domanda di partecipazione:

- di essere residente in uno dei Comuni ricadenti all'interno dell'Ambito Distrettuale ECAD n. 6 Sangrino (Alfedena, Ateleta, Barrea, Castel di Sangro, Civitella Alfedena, Opi, Pescasseroli, Pescocostanzo, Rivisondoli, Roccaraso, Rocca Pia, Scontrone, Villetta Barrea);
- che il proprio nucleo familiare è in carico al Servizio Sociale Professionale del Comune di _____ nella persona dell'Assistente Sociale _____;
- che il proprio nucleo familiare è in carico al Servizio Sociosanitario (specificare) _____ nella persona del Dott./Dott.ssa _____;
- di appartenere ad un nucleo familiare beneficiario di Assegno di Inclusione e che il nome e cognome dell'intestatario è _____;
- di essere iscritto al Centro per l'Impiego di _____;
- di trovarsi in stato di inoccupazione/disoccupazione;
- di appartenere a nucleo familiare non beneficiario di altre misure di sostegno al reddito oltre alla misura di contrasto alla povertà di cui all'oggetto (NASpI, DIS-COLL, etc.);
- di appartenere a nucleo familiare non beneficiario di altre misure di politiche attive del lavoro (ad esempio tirocini extracurricolari, tirocini di inclusione socio lavorativa, percorsi di formazione in corso di svolgimento nell'ambito del Servizio Formazione Lavoro – SFL - GOL);
- che nessun altro componente del proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza di partecipazione

all'avviso in oggetto;

- che nessun componente del nucleo familiare è stato/è sottoposto a misura cautelare personale, anche adottata a seguito di convalida dell'arresto o del fermo, nonché esser stato condannato in via definitiva, nei dieci anni precedenti la richiesta, per i delitti previsti dagli articoli 270-bis, 280, 289-bis, 416-bis, 416-ter, 422 e 640-bis del codice penale, per i delitti commessi avvalendosi delle condizioni previste dal predetto articolo 416-bis ovvero al fine di agevolare l'attività delle associazioni previste dallo stesso articolo;
- di trovarsi nelle seguenti condizioni (segnare con una X i requisiti posseduti):

ETÀ DEL RICHIEDENTE (massimo 8 punti)	Barrare l'ipotesi ricorrente
Età 18 –45	☐
Età 46 –65	☐
COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE (massimo 7 punti)	
Nucleo monoparentale con presenza di almeno un minore	☐
Nucleo familiare con presenza di uno e/o più di un minore	☐
Nucleo familiare con componenti adulti	☐
Nucleo familiare con minore/adulto disabile (L.104/92 art. 3 comma 3)	☐
CONDIZIONE OCCUPAZIONALE (massimo 3 punti)	
Stato di inoccupazione o disoccupazione fino a12 mesi continuativi	☐
Stato di inoccupazione o disoccupazione da 13 mesi a 24 continuativi	☐
Stato di inoccupazione o disoccupazione superiore a 24 mesi continuativi	☐
SITUAZIONE REDDITUALE (massimo 7 punti) Attestazione ISEE ordinario 2026 o ISEE corrente 2026 (si precisa che l'assenza di certificazione ISEE costituisce causa di esclusione)	
Valore ISEE da 0 a Euro 3.000,00	☐
Valore ISEE da Euro 3.001.00 a Euro 6.000.00	☐
Valore ISEE da Euro 6.001,00 a Euro 10.140,00	☐

Lo scrivente dichiara, inoltre:

- di aver preso atto e di accettare tutte le condizioni previste nell'Avviso Pubblico;
- di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali del Comune di Castel di Sangro.

Data _____

Firma _____

Allegati:

- copia del documento di identità in corso di validità;
- copia codice fiscale;
- certificato ISEE in corso di validità;
- certificato dello stato di famiglia;
- certificato dello stato di disoccupazione o inoccupazione rilasciato dal CPI;
- certificato attestante la disabilità/invalidità ai sensi della L. 104/1992;
- attestazione di "presa in carico ai servizi sociosanitari o sociali" rilasciato dal Servizio Sociale Professionale e/o Servizio Sociosanitario territoriale.