



POR FSE ABRUZZO 2014-2020

OBBIETTIVO "INVESTIMENTI A FAVORE DELLA CRESCITA E DELL'OCCUPAZIONE"

Domanda d'iscrizione all'intervento¹

Piano Operativo 2014/2020

Asse 2 Obiettivo tematico 9 Priorità di investimento 9i Obiettivo specifico 9.2

Tipologia di Azione 9.2.1 – 9.2.2

Azione: 9.2.1 e 9.2.2 Interventi di presa in carico multi professionale finalizzati all'inclusione lavorativa delle persone con disabilità, di persone maggiormente vulnerabili e a rischio discriminazione.

Estremi Bando/Avviso: DD n.83/DPF013 del 28.07.2016

Soggetto attuatore: ATS N.O.I. – Capofila: ECAD n° 18 Montesilvano

Titolo del Progetto: N.O.I – Nuovi Orientamenti per l'Inclusione

Comune di svolgimento: territori afferenti area ECAD 18 – ECAD 17 – ECAD 19

CUP:C79J17000150006

Determinazione di approvazione graduatorie n. 43/DPF013 del 17.05.2017

Servizio: DPF013 Servizio per il Benessere Sociale – Ufficio "Politiche per la famiglia e le Nuove Generazioni"

¹ La domanda di iscrizione deve essere compilata anche per gli allievi/partecipanti che subentrano successivamente all'avvio dell'intervento.

6	QUALIFICA PROFESSIONALE REGIONALE POST-DIPLOMA, CERTIFICATO DISPECIALIZZAZIONE TECNICA SUPERIORE (IFTS)	__
7	DIPLOMA DI TECNICO SUPERIORE (ITS)	__
8	LAUREA DI I LIVELLO (triennale), DIPLOMA UNIVERSITARIO, DIPLOMA ACCADEMICO di I LIVELLO (AFAM)	__
9	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)	__
10	TITOLO DI DOTTORE DI RICERCA	__

2. Se in passato ha frequentato e interrotto un corso di studi senza conseguire il titolo, indicare il tipo di studi:

1. scuola media inferiore o di base	__
2. istituto professionale	__
3. istituto tecnico	__
4. Istituto/liceo di istruzione secondaria di II grado che permette l'accesso all'università	__
5. università	__
Ultimo anno completato:	

3. Qual è la Sua attuale condizione occupazionale? (indicare una sola risposta)

1. Inoccupato (in cerca di prima occupazione) da meno di 6 mesi	__
2. Inoccupato (in cerca di prima occupazione) da meno da 6 a 11 mesi	__
3. Inoccupato (in cerca di prima occupazione) da meno da 12 a 24 mesi	__
4. Inoccupato (in cerca di prima occupazione) oltre 24 mesi	__
5. Disoccupato (in cerca di occupazione) da meno di 6 mesi	__
6. Disoccupato (in cerca di occupazione) da meno da 6 a 11 mesi	__
7. Disoccupato (in cerca di occupazione) da meno da 12 a 24 mesi	__
8. Disoccupato (in cerca di occupazione) oltre 24 mesi	__
9. Occupato (compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica e chi è in CIG)	__
Barrare Occupato e Lavoratore autonomo	__
10. Studente	__
11. Inattivo diverso da studente (casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in servizio di leva o servizio civile, in altra condizione)	__

4. A quale gruppo vulnerabile appartiene?

01	Appartenente a famiglia i cui componenti sono senza lavoro, senza figli a carico	__
02	Appartenente a famiglia i cui componenti sono senza lavoro e con figli a carico	__
03	Genitore solo, senza lavoro e con figli a carico (senza altri componente adulti nel nucleo)	__
04	Genitore solo, lavoratore e con figli a carico (senza altri componente adulti nel nucleo)	__
05	Persona disabile	__
06	Migrante	__
07	Appartenente a minoranze (comprese le comunità emarginate come i Rom)	__
08	Persona inquadrabile nei fenomeni di nuova povertà (leggi di settore)	__
09	Tossicodipendente/ex tossicodipendente	__
10	Detenuto/ex detenuto	__
11	Vittima di violenza, di tratta e grave sfruttamento	__
12	Senza dimora e colpito da esclusione abitativa	__
13	Altro tipo di vulnerabilità	__
14	Nessuna tipologia di vulnerabilità	__

DICHIARAZIONE

....I.... sottoscritt..... dichiara infine di essere a conoscenza che l'accettazione della presente domanda è subordinata all'effettuazione dell'intervento e che in caso di sovrannumero delle domande rispetto al numero dei partecipanti previsti, la stessa è oggetto di selezione. Allegati n° come richiesto dall'Avviso di ammissione.

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Per i minori di 18 anni firma del genitore o di chi ne esercita la tutela.

Autorizzazione al trattamento dei dati personali D.lgs.196/2003

FIRMA

AUTOCERTIFICAZIONE DATI UTILI AI FINI DELLA PARTECIPAZIONE AL PROGETTO

Il/la sottoscritto/a _____

Telefono _____ email _____

DICHIARA,

ai sensi e per gli effetti degli artt.46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, consapevole di quanto previsto dagli artt. 75 e 76 della medesima disposizione normativa, in merito alla decadenza dai benefici concessi sulla base di dichiarazioni non veritiere, nonché alla responsabilità penale per il rilascio di dichiarazioni mendaci e alla formazione e uso di atti falsi,

- di avere una situazione reddituale certificata ISEE 2017 come sotto specificato:

ISEE (situazione reddituale con attestazione ISEE ORDINARIO 2017 o ISEE CORRENTE 2017)	<i>da 0,00 a 6.000,00 €</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>da 6.000,01 a 9.000,00 €</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>da 9.000,01 a 15.000,00 €</i>	<input type="checkbox"/>

- di appartenere alla seguente fascia di età:

FASCIA ETÀ	<i>da 30 a 45 anni</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>oltre 46 anni</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>18-29</i>	<input type="checkbox"/>

- di essere residente in uno dei comuni inclusi negli ECAD n°17 – n° 18 – n°19:

RESIDENZA	<i>Residente da 0 a 12 mesi</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>Residente da 12 mesi e 1 giorno a 24 mesi</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>Residente da oltre 24 mesi</i>	<input type="checkbox"/>

- di avere la seguente posizione lavorativa:

POSIZIONE LAVORATIVA	<i>disoccupato da oltre 24 mesi</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>disoccupato da oltre 1 anno ed entro i 24 mesi</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>disoccupato fino ad 1 anno</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>inoccupato</i>	<input type="checkbox"/>

- di appartenere ad un nucleo familiare così composto:

NUCLEO FAMILIARE	<i>Genitore solo con 1 o più figli a carico</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>nucleo familiare</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>un componente adulto</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>Numero figli maggiorenni</i>	—
	<i>Numero figli minorenni</i>	—
	<i>Numero persona con disabilità</i>	—

LUOGO _____, DATA, _____

FIRMA DEL DICHIARANTE _____

Autorizzazione al trattamento dei dati personali D.lgs.196/2003

FIRMA _____