



***AMBITO SOCIALE DISTRETTUALE N. 5 MONTAGNE AQUILANE***

**REGIONE ABRUZZO**

**DIPARTIMENTO POLITICHE PER LA SALUTE E IL WELFARE**

**SERVIZIO PER IL BENESSERE SOCIALE DPF013**

**PO FSE ABRUZZO 2014/2020**

**PROGETTO**

**“ABRUZZO INCLUDE ”**

 **ASSE 2 – INCLUSIONE SOCIALE**

**Domanda d’iscrizione all’intervento**

**Estremi Bando/Avviso: Determina Dirigenziale n. 83/DPF013 del 28/07/2016**

**Soggetto attuatore: Ente d’Ambito Sociale Distrettuale n.4 Peligno**

**Titolo del Progetto: “Wake up lavoro”**

**CUP: C59J17000080006**

**Determinazione di approvazione graduatorie n.43/DPF013 DEL 17/05/2017**

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL’INTERVENTO

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov\_\_\_\_\_\_\_Stato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fa domanda di partecipazione all’intervento indicato.

**Al riguardo dichiara:**

* di avere la cittadinanza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Di risiedere dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(prov. \_\_\_\_\_)

In Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Tel abitazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Nel caso in cui la residenza non coincida con il domicilio)*

* Di avere il domicilio dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(prov. \_\_\_\_\_)

In Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Tel abitazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Di essere iscritto al Centro per l’impiego di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Di essere seguito dal Servizio Sociale Professionale del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. **Indicare il titolo di studio posseduto:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nessun Titolo |  |
| Licenza elementare |  |
| Licenza media |  |
| Diploma di scuola secondaria |  |
| Qualifica professionale acquisita attraverso corso di formazione professionale |  |
| Qualifica acquisita tramite apprendistato |  |
| Laurea magistrale (specialistica o vecchio ordinamento)  |  |
| Laurea triennale (nuovo ordinamento) |  |
| Altro (specificare) |  |

1. **qual è la Sua attuale condizione occupazionale?***(indicare una sola risposta)*

|  |  |
| --- | --- |
| disoccupato da oltre 24 mesi |  |
| disoccupato da oltre 1 anno ed entro i 24 mesi  |  |
| disoccupato fino ad un anno |  |
| Inoccupato |  |
| apprendisti |  |
| occupati in cig o cigs o in deroga |  |
| Persone in modalità |  |
| Inattivo – chi non ha e non cerca lavoro |  |

1. **Situazione familiare**

|  |  |
| --- | --- |
| monoparenterale o monogenitoriale |  |
| nucleo familiare composto fino a 3 persone |  |
| nucleo familiare composto da più di 3 persone |  |

**DICHIARAZIONE**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiara in fine di essere a conoscenza che l’accettazione della presente domanda è subordinata all’effettuazione dell’intervento

data­­­\_\_\_ ­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega:

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Firma del Richiedente

***Autorizzazione al trattamento dei dati personali* ai sensi dell’art.13 del Reg. UE 679/2016 relativo al trattamento ed alla protezione dei dati personali**

***.***

Firma