



**ALLEGATO A - Modello domanda Avviso Percorsi di Empowerment
AZIONE B- I.T.I.A.**

**All'Ambito Territoriale N24
CERCOLA**

AVVISO PUBBLICO

Per l'individuazione dei beneficiari dei "Percorsi di EMPOWERMENT" destinati a favorire l'acquisizione e/o il rafforzamento delle competenze di base e/o professionali da parte di persone in situazioni di svantaggio/vulnerabilità economica e sociale, nell'ambito dell'azione B) percorsi di EMPOWERMENT (formazione) finanziati a valere sulle azioni 9.1.2, 9.1.3, 9.2.1, 9.2.2 del programma I.T.I.A. Intese Territoriali di Inclusionione Attiva P.O.R. Campania FSE 2014-2020, asse ii obiettivi specifici 6 – 7.

Il sottoscritto (*Cognome e nome*)

nato a _____ il ____/____/____

Codice Fiscale |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

residente nel seguente Comune dell'Ambito Territoriale N24 (*Comune di residenza*)

Via/Piazza _____ n° civico _____

telefono _____ altro recapito _____

CHIEDE

Di essere ammesso al corso di seguito indicato rientrante nei progetti di inclusione attiva attraverso "Percorsi di EMPOWERMENT" destinati a favorire l'acquisizione e/o il rafforzamento delle competenze di base e/o professionali da parte di persone in situazioni di svantaggio/vulnerabilità economica e sociale, così come definiti dall'AVVISO PUBBLICO PER L'INDIVIDUAZIONE DI UTENTI IN FAVORE DEI QUALI ATTIVARE percorsi di EMPOWERMENT (formazione) finanziati a valere sulle azioni 9.1.2, 9.1.3, 9.2.1, 9.2.2 del programma I.T.I.A. Intese Territoriali di Inclusionione Attiva P.O.R. Campania FSE 2014-2020, asse ii obiettivi specifici 6 – 7.

CORSO DI OPERATORE AI SISTEMI DI GIUNZIONE IN FIBRA OTTICA

CORSO DI OPERATORE AMMINISTRATIVO –CONTABILE

TECNICO COMMERCIALE DELLE VENDITE

OPERATORE AL CONFEZIONAMENTO DEI PRODOTTI ALIMENTARI

OPERATORE DEL SERVIZIO DI SALA – CAMERIERE

(Si precisa che il candidato può esprimere più preferenze ma che potrà accedere e frequentare un solo corso)

L'autenticazione si omette ai sensi delle leggi n. 127/97 e 191/98



Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci;

DICHIARA

Di essere:

- Residente nel territorio dell'Ambito Territoriale proponente,
- fra i fruitori diretti del REI / RdC;

oppure

- di ricadere in una delle seguenti condizioni di svantaggio (ai sensi del DM 17 ottobre 2017):

- di non avere un impiego regolarmente retribuito da almeno 6 mesi / 12 mesi / 24 mesi;
- di avere un'età compresa tra i 15 e i 24 anni;
- di non possedere un diploma di scuola media superiore o professionale (livello ISCED 3) o aver completato la formazione a tempo pieno da non più di due anni e non avere ancora ottenuto il primo impiego regolarmente retribuito;
- di aver superato i 50 anni di età;
- di essere un adulto che vive solo o con una o più persone a carico;
- di essere occupato in professioni o settori caratterizzati da un tasso di disparità uomo-donna che supera almeno del 25% la disparità media uomo-donna in tutti i settori economici se il lavoratore interessato appartiene al genere sotto rappresentato;
- di appartenere a una minoranza etnica di uno Stato membro UE e avere la necessità di migliorare la propria formazione linguistica e professionale o la propria esperienza lavorativa per aumentare le prospettive di accesso ad un'occupazione stabile.

Dichiara inoltre di essere in possesso di regolare Green Pass come in base al decreto-legge 22/04/21 n. 52 convertito con modificazione dalla legge del 17/06/21 n.87, approvato dal Consiglio dei Ministri il 16/09/2021.

DICHIARA INOLTRE

|__| DI AVER ASSOLTO L'OBBLIGO SCOLASTICO

|__| DI ESSERE INOCCUPATO/DISOCCUPATO

|__| DI NON ESSERE INSERITO IN ALTRE ATTIVITÀ DI TIROCINIO O PROGETTI DI INCLUSIONE LAVORATIVA E/O PERCORSI FORMATIVI;

|__| DI ESSERE IN POSSESSO DI ATTESTAZIONE ISEE 2021 (UTILIZZATO AI FINI REI/ REDDITO DI CITTADINANZA) PARI AD € _____;

CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE È COSÌ COMPOSTO:

|__| NUMERO ADULTI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE _____;

|__| NUMERO MINORI _____;

|__| NUCLEO MONOGENITORIALE (INDICARE SÌ O NO) _____;

L'autenticazione si omette ai sensi delle leggi n. 127/97 e 191/98



|__| PERSONE CON DISABILITÀ ESCLUSO IL RICHIEDENTE (CON CERTIFICAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE 104, ART. 3, COMMA 3 O INVALIDITÀ CIVILE 100 % CON DIRITTO ALL'INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO) NR: _____.

|__| NUMERO DISOCCUPATI DA MENO DI SEI MESI _____;

|__| NUMERO DISOCCUPATI DA OLTRE SEI MESI FINO AD UN ANNO _____;

|__| NUMERO DISOCCUPATI DA OLTRE UN ANNO _____;

Si allega:

1. Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità;
2. Attestazione ISEE del nucleo familiare, in corso di validità;
3. Certificazione relativa alla disabilità dei componenti del nucleo familiare di appartenenza;
4. Certificazione rilasciata dal CPI relativa alla situazione di inoccupazione/disoccupazione dei componenti del nucleo familiare di appartenenza.

(luogo e data)

(firma del dichiarante)

I sottoscritto/a_ autorizza l'Ente di formazione ASSOCIAZIONE FORMACERT, al trattamento dei propri dati personali ivi compresi quelli sensibili, ai sensi e per le disposizioni dell'art. 13 Regolamento EU 2016/679 e per gli effetti del decreto legge 196/2003 E S.M.I.

(luogo e data)

(firma del dichiarante)
