|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  | **PHOTO-2020-02-12-11-22-06** | logoalfaformapiccolo | **UST Cisl Napoli**Logo confcooperative CAMPANIA-sfondo-trasparente |

***Allegato – Modello di domanda AVVISO A1***

**All’AMBITO TERRITORIALE N32**

**Comune di Sant’Antonio Abate Capofila**

**Piazza Don Mosè Mascolo 80057**

**Sant’Antonio Abate (NA)**

 **protocollo.comunesantantonioabate@pec.it**

**Oggetto:** Avviso Pubblico per accedere ai servizi rivolti alle famiglie nell’ambito del progetto **WORK INCLUDING** dell’Intese Territoriali di Inclusione Attiva

Il/la sottoscritto/a (*Cognome e nome)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in *(Comune di residenza)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°civico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ altro recapito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MANIFESTA INTERESSE**

*Ad essere inserito nell’elenco dei beneficiari dei servizi dedicati alle famiglie nell’ambito del progetto intese territoriale di inclusione attiva*

*Dichiara ai ai sensi del D.P.R. 445/00 e consapevole delle responsabilità penali previste dalla medesima norma, per falsità in atti e mendaci dichiarazioni, dichiara di essere in possesso dei seguenti requisiti (contrassegnarli con una X):*

* di aver preso visione e di accettare in ogni sua parte quanto previsto dall'Avviso Pubblico;*

* presenza di bambini in condizione di disabilità attestato da personale competente;*

* presenza di altri figli di età inferiore a 12 anni (anche in affido familiare);*

* nucleo familiare con un solo genitore (nubile, celibe/vedova, vedovo) e disoccupato;*

* nucleo familiare con un solo genitore (nubile, celibe/vedova, vedovo) e occupato;*

* che il nucleo familiare è composto da:*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Grado di parentela** | **Cognome e Nome** | **Data di nascita** | **Disabile** |
| *Dichiarante* |  |  |  Sì No |
|  |  |  |  Sì No |
|  |  |  |  Sì No |
|  |  |  |  Sì No |
|  |  |  |  Sì No |
|  |  |  |  Sì No |
|  |  |  |  Sì No |
|  |  |  |  Sì No |
|  |  |  |  Sì No |

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(Luogo ) (Data) (Firma del dichiarante)*

*Di aver già usufruito del servizio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_erogato dall’Ambito territoriale N32;*

*dichiara inoltre Criterio Reddito I.S.E.E. 2019:*

* (reddito di € 0 ) punti 7*

* (reddito da € 0,01 a € 1.000,00) punti 6*

* (reddito da € 1.000,01 a € 2.000.00) punti 5*

* (reddito da € 2.000,01 a € 3.000,00) punti 4*

* (reddito da € 3.000,01 a € 4.000,00) punti 3*

* (reddito da € 4.000,01 a € 5.000,00) punti 2*

* (reddito da € 5.000,01 a € 6.000,00) punti 1*

* (reddito superiore a € 6.000,00) punti 0*

*Criterio Condizione di svantaggio:*

*Per aver dichiarato che all’interno del nucleo familiare vi sia un soggetto che non abbia un impiego regolarmente retribuito da almeno:*

* 6 mesi (vale 1 punto);*

* 12 mesi (vale 2 punti);*

* 24 mesi (vale 3 punti);*

*Criterio condizione di vulnerabilità:*

*Punti 1 per ciascuna delle seguenti condizioni dichiarate all’interno del nucleo familiare:*

* fruitore del REI / RdC;*

* appartenente a famiglia in cui almeno un componente non possegga 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;*

* appartenente a famiglia in cui almeno un componente sia occupato in professioni o settori caratterizzati da un tasso di disparità uomo donna che supera almeno del 25% la disparità media uomo-donna*

* 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;*

* appartenente a famiglia in cui almeno un componente sia una persona con disabilità (ai*

* sensi dell’art. 1, comma 1 della legge 68/1999).*

* appartenente a famiglia in cui almeno un componente sia in carico al servizio sociale professionale competente sul territorio afferente l’Ambito Territoriale N32 ;*

* appartenente a famiglia in cui almeno un componente sia in carico al servizio sanitario*

* competente sul territorio afferente l’Ambito Territoriale N32;*

* appartenente a famiglia i cui componenti sono senza lavoro e con figli a carico;*

* genitore solo, lavoratore e con figli a carico (senza altri componenti adulti nel nucleo);*

* migrante;*

* appartenente a famiglia in cui ci sia un alcolista /ex alcolista*

* appartenente a famiglia in cui ci sia un tossicodipendente/ex tossicodipendente;*

* appartenente a famiglia in cui ci sia un detenuto /ex detenuto;*

* appartenente a famiglia in cui ci sia una vittima di violenza, di tratta e grave sfruttamento;*

* senza dimora e colpito da esclusione abitativa.*

*Richiede di rientrare tra i beneficiari degli interventi per le famiglie e nello specifico:*

* percorsi di genitorialità;*

* servizio di mediazione familiare e/o consulenze psicologiche e legali.*

*Si ricorda che saranno effettuati controlli finalizzati a verificare la veridicità dei requisiti autocertificati ai sensi della normativa vigente (art. 76 D.P.R. 445/2000).*

*Allegati:*

*• Fotocopia carta d’identità e codice fiscale del richiedente;*

*• Eventuale certificazione rilasciata dell’ASL di appartenenza attestante la disabilità di uno o più componenti del nucleo;*

*INFORMATIVA A TUTELA DELLA RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI*

*I dati di cui l’Ambito n32 e entrerà in possesso a seguito del presente Avviso saranno trattati nel rispetto delle vigenti disposizioni dettate dal D. Lgs. n. 196/2003, come integrato e modificato a seguito dell'entrata in vigore del Regolamento UE ° n 679/2016 e comunque utilizzati esclusivamente per le finalità legate alla gestione dell'Avviso medesimo. Il Responsabile del trattamento è* la Dott.ssa Di Maio Carla - Ambito Territoriale N32 Comune capofila Sant’Antonio Abate*. I dati sono trattati in modalità cartacea e quindi sono raccolti In schedari debitamente custoditi con acceso riservato al solo Responsabile del trattamento e ai suoi incaricati e mediante sistemi Informatici, mediante memorizzazione in un apposito data-base, gestito con apposite procedure. L'accesso a questi dati è riservato al solo Responsabile del trattamento e ai suoi incaricati. I dati raccolti non possono essere ceduti, diffusi o comunicati a terzi, che non siano a loro volta una Pubblica Amministrazione, e i partner del progetto per le finalità dello stesso salvo le norme speciali in materia di certificazione ed accesso documentale o generalizzato. Questo trattamento di dati personali, qualora contempli la raccolta e l'archiviazione di dati personali sensibili e/o giudiziari, viene eseguito solo su apposita normativa che rende obbligatorio detto trattamento o con apposita autorizzazione del Garante Italiano della Privacy. I dati personali oggetto del presente trattamento sono stati acquisiti o direttamente dall'interessato o mediante acquisizione da altra fonte pubblica. Il trattamento dei dati in oggetto essendo obbligatorio per legge non ha scadenza. Le norme che disciplinano il trattamento sono il Codice italiano in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 30/06/2003 n. 196) e il REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati.*

*(Luogo ) (Data) (Firma del dichiarante)*

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