

Allegato 1 - Domanda di partecipazione

Alla c.a. del Responsabile del Servizio N.9

OGGETTO: Avviso pubblico per l'individuazione di utenti in favore dei quali attivare tirocini di inclusione sociale – Programma GOL (PNRR – M5C1 – Riforma 1.1) – DD RC n. 26810 del 29/09/2025 – CUP B62C21001790006.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE (DPR 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ___/___/____ (____) – C.F. _____

residente a _____ CAP _____ Prov. _____

Indirizzo _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____

e-mail _____ PEC _____

CHIEDE

di partecipare all'Avviso Pubblico per la selezione di beneficiari da inserire in tirocini di inclusione sociale (Percorso 4 – GOL) da attivarsi presso il Comune di San Giuseppe Vesuviano(NA), ai sensi dell'Avviso GOL Campania 2025 (DD n. 26810/2025).

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.45/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del medesimo D.P.R., **DICHIARA (barrare le caselle pertinenti)**

Requisiti generali

- di essere cittadino/a: italiano/a UE (Stato: _____) extra-UE con titolo di soggiorno valido;
- di godere dei diritti civili e politici;
- di avere età compresa tra i 18 anni, compiuti, ed i 65 anni, con compiuti, ovvero _____;
- di essere residente/domiciliato/a in Campania;
- di essere in stato di disoccupazione/inoccupazione alla data di presentazione della domanda;
- di essere in possesso di SPID e/o CIE per l'accesso ai servizi digitali.
- di non avere con il rappresentante legale del soggetto ospitante vincoli di parentela entro il terzo grado e affini ai sensi della nota del Ministero del Lavoro n. 7435 del 03/04/2015 e successive integrazioni.

Requisiti specifici per i tirocini di inclusione (entrambi obbligatori)

- di essere stato/a inserito/a nel Percorso 4 – Lavoro e inclusione del Programma GOL, a seguito di assessment del Centro per l'Impiego territorialmente competente (indicare CPI: _____);
- di essere preso/a in carico dal Servizio sociale professionale e/o servizi sociosanitari (indicare Ente/Servizio: _____).

Altre informazioni utili alla valutazione

Titolo di studio: _____;

Qualifiche: _____;

Esperienze lavorative _____;

Competenze:

- nessuna
- manuali/edili _____
- giardinaggio e manutenzione del verde
- d'ufficio/segretaria
- socio-assistenziali e di cura
- altro, specificare _____

ISEE in corso di validità pari a € _____;

N. _____ composizione nucleo familiare, di cui minori _____, di cui persone con disabilità _____;

Condizione personale

- invalidità riconosciuta __% certificazione 104/92 art. 3, comma 1, oppure comma 3;
- altro di significativo da segnalare rispetto alla propria condizione _____
- Percettore ADI
- Altro, specificare _____

Consenso e impegni

- di aver preso visione dell'Avviso comunale e di accettarne integralmente i contenuti;
- di essere informato/a che i tirocini di inclusione hanno durata massima dai 9 ai 6 mesi e, ai sensi dell'Avviso, devono essere avviati entro il 31/12/2025 e conclusi entro il 30/06/2026;
- di essere consapevole dell'impegno settimanale di almeno n. 20/h, da svolgersi secondo le indicazioni che saranno fornite dal tutor;
- di impegnarsi, in caso di attivazione del tirocinio, a seguire le indicazioni a rispettare gli orari;
- di essere consapevole che i pagamenti mensili, rapportati al numero effettivo di ore svolte, sono disposti dalla Regione Campania;
- che con la partecipazione al Tirocinio d'inclusione sociale non si istaura nessun rapporto di lavoro e/o di dipendenza con il Comune e che nulla potrà pretendersi nei confronti di quest'ultimo;
- di autorizzare l'Ente al trattamento e allo scambio dei dati strettamente necessari con Regione Campania/servizi informativi (SILF/ClicLavoro Campania), soggetto promotore e CPI, per le finalità procedurali.

Luogo e data _____ Firma _____

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi degli artt. 13–14 del Reg. (UE) 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., il Titolare del trattamento è il Comune di San Giuseppe Vesuviano(NA). I dati saranno trattati esclusivamente per finalità connesse al presente procedimento e agli adempimenti previsti dal Programma GOL/PNRR, con eventuale comunicazione ai soggetti istituzionali coinvolti. Informativa completa in Allegato 2.

DOCUMENTI DA ALLEGARE (pena l'esclusione/inammissibilità)

- 1) Copia documento di identità in corso di validità;
- 2) Modello ISEE del nucleo familiare (valido);
- 5) Eventuale certificazione di invalidità;
- 6) Eventuale titolo di soggiorno (per cittadini extra-UE)
- 8) Attestazione di presa in carico dei Servizi sociali o sanitari o sociosanitari, ovvero sottoscrizione del Patto sociale con il CPI (percorso profilo 4)

Luogo e data _____ Firma _____