

Allegato 1 - Domanda di partecipazione

COMUNE DI BELLOSGUARDO

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 Regione Campania 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. _____ Via/Piazza

_____ n. _____

Recapiti: Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____ PEC

CHIEDE

di partecipare all'Avviso pubblico per la selezione di utenti da inserire in tirocini di inclusione sociale (Percorso 4 - GOL) da attivarsi presso il Comune di Bellosguardo, 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.R. 445/2000, 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 \geq 18 anni;

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.

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 graduatoria comunale

Titolo di studio: _____ conseguito presso _____;

ISEE in corso di validità pari a € _____;

Composizione nucleo familiare (indicare per ciascun componente: nome/cognome – rapporto – data di nascita):

1) _____

2) _____

3) _____

Condizione personale: nessuna invalidità riconosciuta ___% (allegare certificazione, se presente).

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 6 mesi e, ai sensi dell'Avviso, devono essere avviati entro il 31/12/2025 e conclusi entro il 30/06/2026;

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 Bellosguardo. 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);
- 3) Informativa privacy (Allegato 2) firmata;
- 4) CV europeo datato e firmato;
- 5) Eventuale certificazione di invalidità;
- 6) Eventuale titolo di soggiorno (per cittadini extra-UE)
- 7) Patto di servizio Gol
- 8) Attestazione di presa in carico dei Servizi sociali o sanitari o sociosanitari