



COMUNE DI SANT'ANASTASIA
Città Metropolitana di Napoli

Servizio Politiche sociali
pec: protocollo@pec.comunesantanastasia.it

ALLEGATO A – MODELLO DI DOMANDA

Al Comune di Sant'Anastasia

Ufficio Politiche sociali

OGGETTO: Manifestazione di interesse per l'individuazione di soggetti affetti da disturbo dello spettro autistico o altra disabilità da destinare a percorsi formativi per l'inserimento lavorativo

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____

C.F. _____

telefono _____ e-mail _____

in qualità di:

☐ genitore

☐ tutore

☐ amministratore di sostegno

del/della sig./sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____

C.F. _____

CHIEDE

che il/la Sig./Sig.ra _____ venga inserito nei **percorsi formativi per l'inserimento lavorativo**, da svolgersi presso i Laboratori del **Centro Iso Riabilitativo per l'Età Evolutiva**, scegliendo il seguente percorso (barrare una sola opzione):

- ☐ Aiuto-cuoco
- ☐ Aiuto-pizzaiolo

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci:

1. che il/la beneficiario/a è affetto/a da disturbo dello spettro autistico o altra disabilità;
2. che il/la beneficiario/a è residente nel Comune di Sant'Anastasia;
3. che il/la beneficiario/a rientra nei limiti di età previsti dall'Avviso pubblico;
4. di essere consapevole che la presente manifestazione di interesse **non costituisce diritto all'ammissione** ai percorsi formativi;
5. di accettare che il/la beneficiario/a sia sottoposto/a **a valutazione da parte di un'équipe multidisciplinare, finalizzata a verificare capacità ed idoneità rispetto ai percorsi formativi proposti;**
6. di accettare integralmente quanto previsto dall'Avviso pubblico.

DOCUMENTI DA ALLEGARE (OBBLIGATORI)

- ☐ copia del documento di identità in corso di validità del dichiarante;
- ☐ copia del codice fiscale del dichiarante;
- ☐ copia del documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- ☐ copia della certificazione attestante la condizione di disabilità o di disturbo dello spettro autistico del beneficiario.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e autorizza il trattamento dei dati forniti esclusivamente per le finalità connesse alla presente procedura.

Luogo e data _ _ _ _ _

Firma del dichiarante