



COMUNE DI CAPO D'ORLANDO
(Città Metropolitana di Messina)
Area Omogenea Territoriale Distrettuale n. 2
Comuni di: Capo d'Orlando – Capofila – Capri Leone – Torrenova

AL COMUNE DI CAPO D'ORLANDO

Ufficio Piano dell'AOD n. 2 Dss 31
Tramessa a mezzo Pec

protocollo@pec.comune.capodorlando.me.it
o consegna ufficio protocollo

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
residente nel Comune di _____ in via _____
Cod. fisc. _____ telefono _____
mail _____ pec _____

CHIEDE

Di essere ammesso alla selezione per lo svolgimento di tirocini inclusivi per disabili psichici di cui all' Azione 5 del PAO 2019/2020 II° Annualità FNPS - CUP: C11B21009340002
Per tale finalità e nella piena consapevolezza di quanto previsto dal D.P.R. n. 445/2000, art. 76, in caso di affermazioni false e mendaci

DICHIARA (barrare con una X le caselle di interesse)

- di avere la residenza nel Comune di _____;
- di essere in carico presso il DSM di _____;
- Di essere in possesso della certificazione attestante la disabilità psichica medio lieve;
- di non essere inserito/a in altri progetti lavorativi e/o formativi;
- di essere disponibile ad effettuare il Tirocinio Inclusivo presso l'azienda selezionata dall'equipe Multidisciplinare dell'Ufficio di Piano del Comune di Capo d'Orlando, capofila dell'AOD2 DSS31;
- di essere a conoscenza che il Tirocinio Inclusivo non si configura, in nessun caso, come rapporto di lavoro né subordinato né di natura autonoma;
- Di accettare tutte le disposizioni contenute nell'Avviso pubblico di indizione della selezione.

Si allegano:

- Copia fotostatica del documento di riconoscimento in corso di validità
- Certificazione rilasciata dal DSM attestante la disabilità psichica.
- Attestazione ISEE in corso di validità

_____, li _____

Firma

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e GDPR n. 679/2016 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali" acconsento al trattamento dei miei dati personali nei termini e con le modalità indicate dall'avviso pubblico.

_____, li _____

Firma