

Anno

DOMANDA DI ISCRIZIONE

REGIONE TOSCANA

(SCRIVERE IN STAMPATELLO)

A cura dell'Ente Attuatore Ammesso inizio 1. Non ammesso inizio 2. Ammesso dopo l'inizio 3.

TITOLO DELL'INTERVENTO..... MATRICOLA _____

ENTE ATTUATORE.....

...l... sottoscritto/a.....nato/a il _____
giorno mese anno

a.....(.....) Stato..... codice fiscale _____
Comune prov.

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ E DELLE PENE STABILITE DALLA LEGGE PER FALSE ATTESTAZIONI E MENDACI DICHIARAZIONI, SOTTO LA SUA PERSONALE RESPONSABILITÀ (ARTT. 48-76 D.P.R. 28/12/2000, N°445)

DICHIARA

- di essere di sesso M F - di avere cittadinanza:

di risiedere in via/piazza.....n..... comune..... C.A.P.....

provincia.....telefono _____/_____ cellulare _____/_____ e-mail.....
prefisso numero

(se la residenza è diversa dal domicilio)

di essere domiciliato in via/piazza.....n..... comune..... C.A.P.....

provincia.....telefono _____/_____ numero

di far parte del seguente gruppo vulnerabile

Inattivo diverso da studente (casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in o servizio civile, in altra condizione)

Altro tipo di vulnerabilità / le altre persone svantaggiate (persone inquadrate nei fenomeni di nuova povertà (leggi di settore) tossicodipendenti / ex tossicodipendenti, detenuti / ex-detenuti, vittima di violenza, di tratta e grave sfruttamento)

SEZIONE "A" – OCCUPATO O IN C. I. G. ORDINARIA

Di essere occupato presso l'impresa o ente:

Tipologia impresa: Privata Pubblica P.A.

Classe Dimensionale: 1-9 10 - 49 50 - 249 250 - 499 Oltre 500

Settore economico _____

denominazione _____

via/piazza _____ numero civico _____

località _____ comune _____ provincia _____

- di essere nella seguente condizione rispetto a:

RAPPORTO DI LAVORO

Contratto a tempo indeterminato

Contratto a tempo determinato

Contratto di apprendistato

Contratto di somministrazione, a chiamata, interinale

Lavoro accessorio (voucher) – lavoro occasionale

Co.co.co/co.co.pro (fino al 31.12.2015 salvo casi previsti da Legge)

Lavoro a domicilio

Autonomo

Altro tipo di contratto

- di essere in possesso del titolo di studio di:

Nessun titolo

Licenza elementare/Attestato di valutazione finale

Licenza media /Avviamento professionale

Titolo di istruzione secondaria di II grado (scolistica o formazione professionale) che non permette l'accesso all'università (qualifica di istituto professionale, licenza di maestro d'arte, abilitazione all'insegnamento nella scuola materna, attestato di qualifica professionale e diploma professionale di Tecnico (tefp), Qualifica professionale regionale di I livello (post-obbligo, durata => 2 anni)

Diploma di istruzione secondaria di II grado che permette l'accesso all'università

Qualifica professionale regionale post-diploma, certificato di specializzazione tecnica superiore (IFTS)

Diploma di tecnico superiore (ITS)

Laurea di I livello (triennale), diploma universitario, diploma accademico di I livello (AFAM)

Laurea magistrale/specialistica di II livello, diploma di laurea del vecchio ordinamento (4-6 anni), diploma accademico di II livello (AFAM o di conservatorio, accademia di belle arti, accademia d'arte drammatica o di danza, ISIAE vecchio ordinamento)

Titolo di dottore di ricerca

- di essere nella seguente condizione occupazionale:

occupato (anche chi ha occupazione saltuaria/atipica e chi è in C. I. G. ordinaria)

compilare la sezione "A"

disoccupato (chi ha perso il lavoro in mobilità e C.I.G. straordinaria)

compilare la sezione "B"

studente (chi frequenta un corso regolare di studi)

SEZIONE "B" – DISOCCUPATO, IN MOBILITÀ O C.I.G. STRAORDINARIA

di essere disoccupato,

da meno di 6 mesi da 6 a 11 mesi

in mobilità o C.I.G.:

da 12 a 24 mesi da oltre 24 mesi

Per i minori di 18 anni firma del genitore o di chi ne esercita la patria potestà

DATA.....

FIRMA DEL RICHIEDENTE

.....

Informativa agli interessati ex art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 “Regolamento Generale sulla protezione dei dati”

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 La informiamo che i suoi dati personali, che raccogliamo per le finalità di monitoraggio, comunicazione, controllo e archiviazione, previste dalla L.R. 32 del 26 luglio 2002 e sue successive modificazioni e dai Regolamenti Comunitari del Fondo Sociale Europeo, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente.

A tal fine le facciamo presente che:

1. La Regione Toscana- Giunta regionale è il titolare del trattamento (dati di contatto: P.zza duomo 10 - 50122 Firenze; regionetoscana@postacert.toscana.it)

2. Il conferimento dei Suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude la partecipazione alle attività.

I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge e non saranno oggetto di diffusione.

3. I Suoi dati saranno conservati presso gli uffici del Responsabile del procedimento per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

4. Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che La riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati (dpo@regione.toscana.it).

5. Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell'Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/>)

Data.....

Firma per presa visione

.....

Regione Toscana – Programma operativo Regionale 2014-2020 Investimenti a favore della crescita e dell'occupazione ASSE B- INCLUSIONE SOCIALE E LOTTA ALLA POVERTA'

Fondo Sociale Europeo

AZIONI DI SOSTEGNO INTEGRATE RIVOLTE ALLE FASCE PIU' DEBOLI DELLA POPOLAZIONE A SEGUITO DELL'EMERGENZA COVID 19

Progetto P.A.C.E. "Potenziamento assistenziale Covid Elba

Numero ID..... P.A.C.E.

Il sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente nel Comune di _____

in via/piazza _____ n. _____

Nazionalità _____

Codice Fiscale _____

Numero di telefono _____

Indirizzo Pec/Mail _____

U.F. Servizi Sociali
Zona Elba
Responsabile Dott.ssa
Anna Garfagnini
Largo Torchiana
57037 Portoferraio (LI)

anna.garfagnini@uslnordo
.toscana.it
tel. 0565/926867

RICHIEDE

AZIONE 1 : Contributo per il pagamento dell'affitto

AZIONE 2: Contributo per il sostegno alimentare

AZIONE 3: Buoni servizio assistenza domiciliare

DICHIARA

- Di essere residente nel Comune di _____
- Che il proprio nucleo familiare risulta composto da n. _____ componenti, compreso il richiedente (indicare nome, cognome, data di nascita e parentela con il richiedente)

Azienda Usl
Toscana nord ovest
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa
PIVA: 02198590503



- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____



- che il nucleo vive in un'abitazione :
 - di proprietà
 - in affitto (indicare canone mensile risultante da contratto) Euro _____
- che sono presenti n. _____ persone con disabilità
- Di essere lavoratore dipendente a tempo determinato indeterminato
- di non avere reti familiari e di prossimità che possano far fronte alle esigenze alimentari
- Che il valore ISEE indicato nell'attestazione ISEE 2021 relativo al mio nucleo familiare di € _____
- Di avere avuto una diminuzione del reddito del nucleo familiare in misura pari o superiore al 30% (trenta per cento) per cause riconducibili all'emergenza epidemiologica da Covid-19
- consapevole che come previsto dalla delibera G.R. n. 71 del 6/02/2006, gli elenchi degli aventi diritto saranno utilizzati per i controlli ai sensi dell'art. 11 del DPR 403/98 e dell'articolo 6 comma 3 del DPCM n. 221/1999;
- consapevole che sarà pubblicata una graduatoria in ordine crescente ISEE fino ad esaurimento delle risorse e che la parziale compilazione della domanda, comporterà l'esclusione dalla graduatoria medesima;

dichiaro di essere consapevole che nel caso di erogazione di una prestazione sociale agevolata, potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità della situazione reddituale. I dati acquisiti con la presente domanda saranno trattati e conservati dall'Amministrazione Comunale, e dagli uffici del Servizio Sociale Asl Nord Ovest della Zona Distretto Elba nel rispetto del Regolamento U.E 679 del 2016 per il periodo necessario allo svolgimento dell'attività amministrativa correlata.

Documentazione da allegare

U.F. Servizi Sociali
Zona Elba
Responsabile Dott.ssa
Anna Garfagnini
Largo Torchiana
57037 Portoferraio (LI)

anna.garfagnini@uslnordo
.toscana.it
tel. 0565/926867

Azienda UsI
Toscana nord ovest
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa
PIVA: 02198590503



- Domanda FSE
- Copia del documento di identità del richiedente
- ISEE in corso di validità
- Affitto di locazione con ricevute di avvenuto pagamento ultime tre mensilità

Luogo e Data _____

Firma _____



U.F. Servizi Sociali
Zona Elba
Responsabile Dott.ssa
Anna Garfagnini
Largo Torchiana
57037 Portoferraio (LI)

anna.garfagnini@uslnordo
.toscana.it
tel. 0565/926867