



AVVISO PUBBLICO

PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE – PROGRAMMA 2016.

D.D.G n.276 DEL 21/10/2016 DEL MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

PRESENTAZIONE ISTANZA PER L'INSERIMENTO IN ATTIVITA' LAVORATIVE

Si porta a conoscenza che in favore di soggetti disabili in condizione di parziale autosufficienza, al fine di incrementare la cultura dell'inclusione sociale nel tessuto urbano e di accettazione all'interno della comunità locale, questo Distretto promuove iniziative volte all' inserimento attivo nel mondo del lavoro.

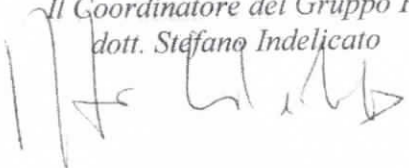
Verranno avviati in attività lavorativa occupazionale di utilità sociale n. 13 soggetti per ciascun Comune del Distretto, in possesso di verbale di invalidità civile rilasciato dalla competente Commissione con percentuale di invalidità civile di almeno il 46% e in possesso di verbale di accertamento medico-legale rilasciato ai sensi della legge n. 68/1999, per un periodo di tre mesi ciascuno presso sedi comunali da individuarsi a cura di ciascun Comune. Tale prestazione non si configura come rapporto di lavoro subordinato con gli Enti Comunali, ma trattasi di sostegno all'indipendenza economica.

FINALITA'	Favorire e incrementare la cultura dell'inclusione sociale nel tessuto urbano di soggetti con differenti abilità.
DESTINATARI	Soggetti con differenti abilità in condizione di parziale autosufficienza. I soggetti a cui sono rivolti i progetti di borse lavoro dovranno avere i seguenti requisiti: - età compresa fra i 18 i 64 anni; - avere un'invalidità civile di almeno il 46% e di essere in possesso di verbale di accertamento medico legale rilasciato ai sensi della Legge 12 marzo 1999, n. 68; - essere residente nel comune in cui si intende svolgere l'attività da almeno due anni alla data di pubblicazione del presente bando; - avere conseguito almeno il diploma di scuola media inferiore; - avere una attestazione ISEE non superiore al minimo vitale. Si specifica che: - potrà presentare domanda un solo componente per ogni nucleo familiare e per un solo progetto di borsa lavoro.
DURATA	Per ciascun utente fruitore del servizio verrà predisposto un piano, per individuare tempi e modalità di svolgimento dell'attività lavorativa, di concerto con le UVM. Ciascun utente individuato verrà impiegato per 50 ore mensili per tre mensilità. L'importo mensile viene quantificato in € 500,00 .
PROCEDURA DI AMMISSIONE ALLA GRADUATORIA	Istanza su apposito modulo, da ritirare presso i Servizi Sociali del Comune di residenza, o scaricabile dal sito, corredata da: - Certificazione della Commissione medica per l'accertamento della capacità globale ai fini del collocamento mirato (Legge 12 marzo 1999, n. 68); - Certificazione di invalidità civile di almeno il 46%; - Attestazione ISEE in corso di validità; - Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente, in corso di validità; - Dichiarazione del consenso del trattamento dei dati sensibili. Verranno accettate istanze con ISEE non superiore al minimo vitale; a parità di punteggio prececherà in graduatoria quello con ISEE inferiore. La graduatoria sarà formulata per ciascun comune, sulla base dei seguenti criteri:

	<i>Descrizione Criterio</i>	<i>Punteggio</i>
	CONDIZIONI FAMILIARE	
	Utente privo di supporto familiare	3 punti
	Utente con genitori anziani	2 punti
	Utente con adeguato supporto familiare	1 punto
	PERCENTUALE DI INVALIDITÀ DEL RICHIEDENTE FINO AL	
	Dal 46% al 66 %	1 punto
	Dal 67% al 74 %	2 punti
	Dal 75 % al 99%	3 punti
	100%	4 punti
AVVERTENZE	Si precisa che gli istanti che sono stati avviati per l'anno in corso in attività lavorative (LUC) per conto di questo Distretto non possono presentare istanza.	
TERMINE DI PRESENTAZIONE	L'istanza unitamente agli allegati deve essere presentata perentoriamente e solo ed esclusivamente tramite ufficio protocollo, entro le ore 12,00 del 26/02/2018 presso: Comune di Modica: Servizi Sociali – Palazzo Campailla Comune di Scicli: Servizi Sociali – C.so Mazzini n. 5 Comune di Ispica: Servizi alla Persona – Via Dell'Architettura Comune di Pozzallo: Servizi Sociali – Via Bellini n. 8	

MODICA 06/02/2018

Il Coordinatore del Gruppo Piano
dott. Stefano Indelicato



Oggetto: Richiesta presentazione istanza per l'inserimento in attività lavorative
D.D.G. n. 276 21/02/2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.
Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 47 del DPR 28.12.2000, n. 445.

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ e residente in
 Via /Piazza _____ n. _____ Comune di _____ CAP _____ Prov. _____
 telefono _____

DICHIARA

- di avere un'invalidità civile di almeno il 46%;
- di essere in possesso di verbale di accertamento medico legale rilasciato ai sensi della Legge 12 marzo 1999, n. 68;
- essere residente nel comune di _____ da almeno due anni alla data di pubblicazione del presente bando;
- avere conseguito almeno il diploma di scuola media inferiore;
- che il proprio nucleo familiare è così composto:

	Cognome e Nome	rapporto		nato	
		familiare	a	il	
1					
2					
3					
4					
5					

Allega alla presente istanza:

- Certificazione della Commissione medica per l'accertamento della capacità globale ai fini del collocamento mirato (Legge 12 marzo 1999, n. 68);
- Certificazione di invalidità civile di almeno il 46%;
- Attestazione ISEE in corso di validità;
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità;
- Codice IBAN di conto corrente per l'accredito del beneficio ove concesso.

Il sottoscritto dichiara altresì che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per l'inserimento in attività lavorative ai sensi del D.D.G. n. 276 21/02/2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e di essere consapevole della decadenza del beneficio per dichiarazione rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data _____

Firma _____

CONSENSO DA PARTE DELL'INTERESSATO AL TRATTAMENTO E ALLA DIFFUSIONE DEI DATI SENSIBILI

Il/La sottoscritto/a dopo essere stat ___ informat ___ ai sensi dell'art.13 del nuovo codice sulla privacy (D.Lgs 196 del 30 giugno 2003) e, in particolare dopo essere stat ___ informat ___ dei propri diritti nei confronti del trattamento dei dati sanitari e sulla vita sessuale se applicabile;

preso atto che i trattamenti verranno effettuati comunque nei limiti posti dalla legge inclusi i profili inerenti la salvaguardia della loro riservatezza;

ESPRIME

Il proprio consenso al trattamento dei dati personali che l ___ riguardano ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie correlate all'oggetto della prestazione ed il proprio consenso al trattamento dei propri dati ai fini statistici epidemiologici e di ricerca scientifica, ivi includendovi la comunicazione, diffusione e il trasferimento all'estero nei casi previsti dalla legge.

Data _____

Firma _____