



**AMBITO SOCIALE DISTRETTUALE N. 5 MONTAGNE AQUILANE**

**REGIONE ABRUZZO**

**DIPARTIMENTO POLITICHE PER LA SALUTE E IL WELFARE**

**SERVIZIO PER IL BENESSERE SOCIALE DPF013**

**PO FSE ABRUZZO 2014/2020**

**PROGETTO**

**“ABRUZZO INCLUDE ”**

**ASSE 2 – INCLUSIONE SOCIALE**

**Domanda d’iscrizione all’intervento**

**Estremi Bando/Avviso: Determina Dirigenziale n. 83/DPF013 del 28/07/2016**

**Soggetto attuatore: Ente d’Ambito Sociale Distrettuale n.4 Peligno**

**Titolo del Progetto: “Wake up lavoro”**

**CUP: C59J17000080006**

**Determinazione di approvazione graduatorie n.43/DPF013 DEL 17/05/2017**

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'INTERVENTO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Fa domanda di partecipazione all'intervento indicato.

**Al riguardo dichiara:**

- di avere la cittadinanza \_\_\_\_\_
- Di risiedere dal \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)  
In Via/Piazza \_\_\_\_\_
- Tel abitazione \_\_\_\_\_ Telefono cellulare \_\_\_\_\_

*(Nel caso in cui la residenza non coincida con il domicilio)*

- Di avere il domicilio dal \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)  
In Via/Piazza \_\_\_\_\_
- Tel abitazione \_\_\_\_\_ Telefono cellulare \_\_\_\_\_
- di essere iscritto al Centro per l'impiego di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- Di essere seguito dal Servizio Sociale Professionale del Comune di \_\_\_\_\_

1. **Indicare il titolo di studio posseduto:**

Nessun Titolo	
Licenza elementare	
Licenza media	
Diploma di scuola secondaria	
Qualifica professionale acquisita attraverso corso di formazione professionale	
Qualifica acquisita tramite apprendistato	
Laurea magistrale (specialistica o vecchio ordinamento)	
Laurea triennale (nuovo ordinamento)	
Altro (specificare)	

2. **qual è la Sua attuale condizione occupazionale?***(indicare una sola risposta)*

disoccupato da oltre 24 mesi	
disoccupato da oltre 1 anno ed entro i 24 mesi	—
disoccupato fino ad un anno	—
Inoccupato	—
apprendisti	—
occupati in cig o cigs o in deroga	—
Persone in modalità	
Inattivo – chi non ha e non cerca lavoro	

3. **Situazione familiare**

monoparenterale o monogenitoriale	
nucleo familiare composto fino a 3 persone	
nucleo familiare composto da più di 3 persone	

## DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

dichiara in fine di essere a conoscenza che l'accettazione della presente domanda è subordinata all'effettuazione dell'intervento

\_data \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Si allega:

1. \_\_\_\_\_;

2. \_\_\_\_\_;

3. \_\_\_\_\_;

Firma del Richiedente

\_\_\_\_\_

***Autorizzazione al trattamento dei dati personali L.675/96.***

Firma

\_\_\_\_\_