



ALLEGATO A

**Al Comune di Milazzo  
Capofila del DSS 27**

**ISTANZA DI PARTECIPAZIONE PER L'AMMISSIONE AI CORSI DI FORMAZIONE A FAVORE DEI BENEFICIARI DEL SIA/REI/RDC, NELL'AMBITO DEL PROGRAMMA PON INCLUSIONE CONVENZIONE N. AV3-2016-SIC\_30.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
(PROV. \_\_\_\_\_) Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_,  
e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_

In qualità:

- di richiedente e beneficiario SIA/REI/RDC;
- componente del nucleo familiare del SIA/REI/RDC di cui il richiedente è il sig./sig.ra \_\_\_\_\_
- di soggetti a rischio di povertà, in condizioni di grave difficoltà economica e/o in stato di indigenza;

**CHIEDE**

di essere ammesso alla selezione per lo svolgimento di corsi di formazione in favore dei beneficiari del "PON Inclusione" SIA – REI – RDC AV3-2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

A tal fine e sotto la propria responsabilità, consapevole che

- le dichiarazioni mendaci sono punite penalmente ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445;
- in caso di dichiarazioni false o non più corrispondenti al vero, decadrebbe immediatamente, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, dall'eventuale beneficio acquisito;

**DICHIARA**

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss. mm. ii., che alla data della presentazione dell'istanza, risulta in possesso a pena di esclusione, dei seguenti requisiti:

- o Beneficiario della misura SIA/REI/RDC con sottoscrizione di un progetto personalizzato e a soggetti a rischio di povertà, in condizioni di grave difficoltà economica e/o in stato di indigenza;
- o Essere residente in uno dei Comuni del distretto Socio Sanitario n.27 ;
- o Essere in età compresa tra i 18 e i 65 anni compiuti;
- o Non essere inseriti in altri progetti formativi finanziati con Fondi Pubblici, Regionali, Nazionali e/o Comunitari;
- o Di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_;

**DICHIARA ALTRESI'**

**1.** di essere a conoscenza che il Distretto Socio Sanitario n.27, per il tramite dell'Ufficio Piano, ai sensi del DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà la decadenza dal beneficio ottenuto ed incorre nelle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000;

**2.** di accettare incondizionatamente tutto quanto previsto nell'avviso pubblico;

**3.** che la documentazione allegata in copia fotostatica alla presente domanda è copia conforme all'originale in mio possesso, e allega a pena di esclusione:

- copia documento di identità in corso di validità;
- copia del codice fiscale richiedente;
- certificato ISEE in corso di validità;
- autocertificazione dello stato di disoccupazione/inoccupazione, dell'eventuale percentuale di invalidità del richiedente e stato di invalidità di uno o più componenti del nucleo familiare;
- informativa privacy debitamente sottoscritta.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_  
Luogo data

IL DICHIARANTE