



D.G.R. N. 191 DEL 22/06/2018: Avviso Pubblico "I.T.I.A. Intese Territoriali di Inclusione Attiva" a valere sul POR Campania FSE 2014-2020 "Asse 2 Inclusione Sociale OT 9 Promuovere l'inclusione sociale e combattere la povertà e ogni discriminazione. Obiettivo Specifico 6 - Azione 9.1.2 e 9.1.3 Obiettivo Specifico 7 Azioni 9.2.1 e 9.2.2. Progetto denominato "Centro Territoriale di Inclusione Attiva di Napoli" ammesso a finanziamento con Decreto Dirigenziale n. 98 del 10/04/19. - CUP B61E19000020006 , Codice SURF 17076AP000000023 , Codice Ufficio n. 79

AVVISO PUBBLICO
PER LA SELEZIONE PUBBLICA ATTA AD INDIVIDUARE I DESTINATARI DI TIROCINI D'INCLUSIONE,
FINALIZZATI ALL'INSERIMENTO LAVORATIVO E ALL'INCLUSIONE SOCIALE,
 NELL'AMBITO DELL'ATTUAZIONE DELL'AZIONE C) TIROCINI DI INCLUSIONE SOCIALE DEL PROGETTO "CENTRO TERRITORIALE di INCLUSIONE ATTIVA DI NAPOLI.", FINANZIATO A VALERE SULLE AZIONI 9.1.3, 9.2.1, 9.2.2 DEL PROGRAMMA I.T.I.A. INTESE TERRITORIALI DI INCLUSIONE ATTIVA P.O.R. CAMPANIA FSE 2014-2020, ASSE II OBIETTIVI SPECIFICI 6 -7.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____,
 nato/a a _____ (____), il _____ e
 residente a _____ (____), in via _____, CAP _____,

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

di appartenere alla categoria dei soggetti svantaggiati maggiormente vulnerabili ai sensi della L. n. 381/91;

E, pertanto di:

essere preso in carico dal servizio sociale professionale del Comune di Napoli – Municipalità (indicare la Municipalità) _____.

oppure

essere preso in carico dal Servizio Sanitario competente sul territorio (indicare quale) _____.

Luogo e data

Firma del dichiarante