Allegato “1”

**Domanda d’iscrizione all’intervento**

Soggetto attuatore: ENTE CAPOFILA UILDM-Sezione di Mazara del Vallo

Titolo del Progetto: ORCHIDEA – Organizzare e Rigenerare Contrastando gli Handicap e Includendo i Disabili ed Anziani

Approvazione della graduatoria con decreto n. 233 del 30.12.2019 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Direzione Generale del Terzo Settore e della Responsabilità Sociale delle Imprese.

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL’INTERVENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| ...l... sottoscritto/a ................................................................................................................................. | |
| nato/a il |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|a......................................................................Prov.:….. |  |

Stato................... Codice Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

***fa domanda di partecipazione all’intervento indicato***.

**Al riguardo dichiara:**

- di essere 1. Uomo |\_\_| 2. Donna |\_\_|

di avere la cittadinanza: |\_\_| Italia |\_\_| (se diverso da Italia indicare Nazione di nascita)

- di risiedere in Via/Piazza...........................................................................................................

n° ........... Località ........…................................................. Comune ..………………………….

C.A.P. ........................ Prov. ..........................................

Tel. Abitazione ......../.....................................Telefono cellulare……./………………………..

e-mail …………………………………………………………………………

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

* di avere il domicilio in Via/Piazza ...........................................................................................

n° .................... Località ........ ................................. Comune ...........................................................

C.A.P. ....................... Prov: .......................................... Tel. ........./..................……………………

* di essere iscritto al Centro per l’impiego/Ufficio di collocamento dal (indicare mese e anno) |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|
* di essere affetto da disabilità fisica e sensoriale ai sensi della legge 104/92 con il seguente grado……………………………………
* soggetti a bassa occupabilità di seguito indicato……………………………………..
* di avere un’età compresa tra i 18 ed i 50 anni e nello specifico ……… anni

**DICHIARAZIONE**

….l…. sottoscritt…… dichiara infine di essere a conoscenza che l’accettazione della presente domanda è subordinata all’effettuazione dell’intervento e che in caso di sovrannumero delle domande rispetto al numero dei partecipanti previsti, la stessa è oggetto di selezione.

Allegati n° ...... come richiesto dall’Avviso di ammissione

FIRMA DEL RICHIEDENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Autorizzazione al trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 Reg. 2016/679/UE e dell’art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003.**

FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_