



Cofinanziato
dall'Unione europea



b

Prot. N°

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____

Si rende disponibile a sostenere l'incontro di valutazione per l'accesso al progetto:

Progetto: "C.Re.S.C.I.T.A.

Coordinamento di una Rete Sociale per la Comunità, l'Inclusione e il Territorio in Agricoltura"

A tal fine ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000 dichiara sotto la propria responsabilità di essere:

Nato/a a: _____ **Prov. di** (_____) **il** _____

Residente a _____ **CAP** _____

Via/Piazza _____ **n°** _____

Cittadinanza _____ **Tel** _____ **cell:** _____

Cod. Fisc. _____ **e-mail :** _____

In possesso dei seguenti requisiti:

Giovane in condizione di vulnerabilità:

- Appartenere a famiglia i cui componenti sono senza lavoro, senza figli a carico
- Appartenere a famiglia i cui componenti sono senza lavoro e con figli a carico
- Vivere con genitore solo, senza lavoro e con altri figli a carico (senza altri componenti adulti nel nucleo)
- Vivere con genitore solo, lavoratore e con altri figli a carico (senza altri componenti adulti nel nucleo)
- Essere persona con disabilità certificata o in fase di certificazione
- Essere migrante con documentazione ritenuta idonea per la Regione Lazio
- Essere persona inquadrabile nei fenomeni di nuova povertà (leggi di settore)
- Essere tossicodipendente/ex tossicodipendente o persona vittima di dipendenze
- Essere detenuto/ex detenuto
- Essere vittima di violenza, di tratta e grave sfruttamento
- Essere senza dimora e colpito da esclusione abitativa
- Essere soggetto ad altro tipo di vulnerabilità
- Essere un giovane proveniente da percorsi di istituzionalizzazione

In possesso del titolo di studio di:

- Licenza elementare/attestato di valutazione finale
- Licenza media /avviamento professionale
- Titolo di istruzione secondaria di ii grado (scolastica o formazione professionale) che non permette l'accesso all'università
- Diploma di istruzione secondaria di ii grado che permette l'accesso all'università
- Qualifica professionale regionale post-diploma, certificato dispecializzazione tecnica superiore (IFTS)
- Diploma di tecnico superiore (ITS)
- Laurea di i livello (triennale), diploma universitario, diploma accademico di i livello (AFAM)
- Laurea magistrale/specialistica di ii livello, diploma di laurea del vecchio ordinamento (4-6 anni), diploma accademico di ii livello
- Titolo di dottore di ricerca
- Master I livello
- Master II livello
- Corsi di specializzazione post laurea

Stato occupazionale:

- In cerca di prima occupazione
- Occupato (compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica e chi è in CIG) – Tipologia contrattuale (Tempo indeterminato, determinato...) _____
- Disoccupato alla ricerca di nuova occupazione (o iscritto alle liste di mobilità) dal _____
- Studente
- Inattivo diverso da studente (casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in servizio di leva o servizio civile, in altra condizione)

Dichiara altresì:

- Di avere un'età compresa tra i 18 e i 35 anni
- Di essere residente o domiciliato nel Lazio da almeno 6 mesi
- Di rientrare in una delle seguenti situazioni:
 - *Vivere difficoltà nella partecipazione ad iniziative socio-culturali aggregative*
 - *Vivere difficoltà nell'inserimento lavorativo e formativo*
 - *Essere in possesso di Certificato di Invalidità (Legge 104/9, Legge 118/71 art 3 c. 1)*
 - *Non aderire già ad altre iniziative o servizi simili*

Con la compilazione e firma della presente acconsento all'utilizzo dei dati ivi contenuti ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e GDPR

Data _____

Firma del Richiedente

In allegato:

- Copia documento di identità
- Copia del codice fiscale
- Copia del certificato di Invalidità (se previsto) (Legge 104/9, Legge 118/71)

La presente richiesta può essere inviata all'indirizzo sociassistenziale@ilmelogranoonlus.it oppure consegnata a mano presso gli Uffici del Il Melograno Onlus siti in Largo Santa Maria in Selce, 18 – Valmontone (RM). Per informazioni: 06/95993056