ALLEGATO A – MODULO DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

PROGETTO "LIBERAMENTE ANZIANI"
Intervento: Supporto all'invecchiamento attivo
Programma: PR FSE+ Abruzzo 2021–2027
Obiettivo di Policy 4 – Un'Europa più sociale
CUP: C49I26003040009
Soggetto capofila: Cooperativa Sociale Croce Arcobaleno Onlus
Partner di progetto: Tiquadro Form srl

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

AL SOGGETTO CAPOFILA

COOPERATIVA SOCIALE CROCE ARCOBALENO ONLUS

Il/La sottoscritto/a

Cognome e nome: _____

Nato/a a: _____ il ____/____/_____

Codice fiscale: _____

Residente a: _____

Via/Piazza: _____ n. _____

CAP: _____ **Comune:** _____

Telefono: _____

E-mail _____ **PEC (facoltativa):** _____

Età: _____

Gruppo vulnerabile (flaggare un solo campo)
1. Appartenente a famiglia i cui componenti sono senza lavoro, senza figli a carico
2. Appartenente a famiglia i cui componenti sono senza lavoro e con figli a carico
3. Genitore solo, senza lavoro e con figli a carico (senza altri componente adulti nel nucleo)
4. Genitore solo, lavoratore e con figli a carico (senza altri componente adulti nel nucleo)
5. Persona disabile
6. Migrante
7. Appartenente a minoranze (comprese le comunità emarginate come i Rom)
8. Persona inquadrabile nei fenomeni di nuova povertà (leggi di settore)

9. Tossicodipendente/ex tossicodipendente
10. Detenuto/ex detenuto
11. Vittima di violenza, di tratta e grave sfruttamento
12. Senza dimora e colpito da esclusione abitativa
13. Altro tipo di vulnerabilità
14. Nessuna tipologia di vulnerabilità
Titolo di studio (flaggare un solo campo)
00. NESSUN TITOLO
01. LICENZA ELEMENTARE/ATTESTATO DI VALUTAZIONE FINALE
02. LICENZA MEDIA /AVVIAMENTO PROFESSIONALE
03. TITOLO DI ISTRUZIONE SECONDARIA di II GRADO (SCOLASTICA o FORMAZIONE PROFESSIONALE) CHE NON PERMETTE L'ACCESSO ALL'UNIVERSITÀ
04. DIPLOMA DI ISTRUZIONE SECONDARIA di II GRADO CHE PERMETTE L'ACCESSO ALL'UNIVERSITÀ
05. QUALIFICA PROFESSIONALE REGIONALE POST-DIPLOMA, CERTIFICATO DISPECIALIZZAZIONE TECNICA SUPERIORE (IFTS)
06. DIPLOMA DI TECNICO SUPERIORE (ITS)
07. LAUREA DI I LIVELLO (triennale), DIPLOMA UNIVERSITARIO, DIPLOMA ACCADEMICO di I LIVELLO (AFAM)
08. LAUREA MAGISTRALE/SPECIALISTICA di II LIVELLO, DIPLOMA DI LAUREA DEL VECCHIO ORDINAMENTO (4-6 anni), DIPLOMA ACCADEMICO di II livello.
09. TITOLO DI DOTTORE DI RICERCA

Occupazione (flaggare un solo campo)
1. In cerca di prima occupazione
2. Occupato (compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica e chi è in CIG)
3. Disoccupato alla ricerca di nuova occupazione (o iscritto alle liste di mobilità)
4. Studente
5. Inattivo diverso da studente (casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in servizio di leva o servizio civile, in altra condizione)

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alle attività previste dal progetto **“LIBERAMENTE ANZIANI”**, finalizzato alla promozione dell’invecchiamento attivo, della socializzazione, della partecipazione alla vita comunitaria, della valorizzazione del territorio e dell’inclusione digitale.

ATTIVITÀ PER LE QUALI SI RICHIEDE LA PARTECIPAZIONE

Il/La sottoscritto/a manifesta il proprio interesse a partecipare alle seguenti iniziative, nei limiti dei posti disponibili e secondo le modalità previste dal bando:

Linea B):

☐ **“Impegno civile e volontariato attraverso servizi di supporto e di prossimità”**.

App "Ortona Solidale 4.0”

Servizi di supporto quali consegna a domicilio di farmaci e beni alimentari, tramite l’utilizzo di un’APP che funge da hub digitale per la prenotazione dei servizi, prevista dal 1 febbraio 2027 al 31 agosto 2027;

Linea C):

Promozione sociale e formazione digitale.

☐ **Alfabetizzazione digitale**: formazione pratica e co-creazione, percorsi di formazione “Silver Web” focalizzati sull’utilizzo dello smartphone e dell’APP di progetto (uso di base dello smartphone; sicurezza online e tutela dei dati personali; prenotazione dei servizi tramite APP; accesso ai principali servizi digitali di pubblica utilità), prevista dal 7 dicembre 2026 al 28 febbraio 2027;

È possibile selezionare più attività, fermo restando il possesso dei requisiti previsti e la disponibilità dei posti.

DICHIARAZIONI DEL RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità previste in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi degli articoli 46, 47 e 76 del D.P.R. 445/2000, ove applicabili,

DICHIARA

- di aver compiuto 65 anni di età alla data prevista dal bando;
- di essere residente nel territorio dell'ADS 10 Ortonese (Arielli, Canosa Sannita, Crecchio, Giuliano Teatino, Ortona, Poggiofiorito, Tollo);
- di essere interessato/a a partecipare alle iniziative selezionate;
- di impegnarsi a rispettare il calendario, gli orari e le indicazioni organizzative comunicati dall'Ente Capofila;
- di fornire informazioni veritiere e di comunicare eventuali variazioni dei dati dichiarati;
- di essere informato/a che l'ammissione è subordinata alla verifica dei requisiti, alla disponibilità dei posti e agli eventuali criteri di selezione previsti dal bando.

PRIORITA' DI ACCESSO

(1) over 65 caregiver familiari che assistono anziani non autosufficienti;

(2) ordine cronologico di arrivo delle istanze.

INFORMAZIONI ORGANIZZATIVE

Eventuali esigenze organizzative o necessità di supporto da comunicare agli organizzatori:

_____

_____

_____

Le informazioni sopra riportate saranno utilizzate esclusivamente per le finalità organizzative connesse alla partecipazione alle attività, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

☐ Copia documento di identità in corso di validità del richiedente;

☐ Attestazione o dichiarazione relativa alla composizione del nucleo familiare (in caso di priorità di accesso);

☐ Copia documentazione sanitaria anziano non autosufficiente (in caso di priorità di accesso);

☐ Copia documento di identità in corso di validità anziano non autosufficiente (in caso di priorità di accesso).

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali predisposta dal soggetto Capofila, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e della normativa nazionale vigente.

Luogo e data: _____

Firma Richiedente

_____

RISERVATO ALL'UFFICIO

Data di ricezione della domanda:_ _____

Orario di ricezione della domanda: _____

Protocollo assegnato n.: _____

Modalità consegna: a mezzo e-mail

Firma dell'addetto Cooperativa

_____