**AllegatoA–Domandadipartecipazione**

**AlComune Capofiladell’Ambito territorialesocialedi**

**Paola/Cetraro**

**PEC:protocollo.comunepaola@pec.it**

**Oggetto:MANIFESTAZIONEDIINTERESSE,dicuiallaDGR279/2023,inattuazionedelD.P.C.M.del29novembre2021,voltaallapromozionediprogettualitàfinalizzateall’inclusioneattiva,attraversoinclusionesocio –lavorativa,dellepersonecondisabilità.**

**VISTI:**

* l’art.118,quartocomma,dellaCostituzione;
* laleggen.328/2000ess.mm.;
* laleggeregionale23/2003;
* ilD.P.C.M. 30marzo2001;
* leLineeGuidadell’ANACinmateriadiaffidamentodiservizisociali;

- ild.lgs.n.117/2017ess.mm.;

* laleggen.241/1990ess.mm.;

- ilD.Lgs.n.267/2000ess.mm.;

* il PianosocialedellaRegioneCalabria,approvatocon deliberadel consiglioregionalen.

104/2020;

* la Legge n. 104 del 5 febbraio 1992 “legge quadro per l’assistenza, l’integrazione socialeei diritti delle personehandicappate”;
* laLeggen.68del12marzo1999“Normeperildirittoallavorodeidisabili;
* il D.P.C.M. del 13 gennaio 2000 “Regolamento recante norme per il funzionamento delFondonazionale per il dirittoallavorodeidisabili”;
* il D.lgs. n. 181 del 21 aprile 2000 “Disposizioni per agevolare l’incontro fra domanda edoffertadilavoro”es.m.i.;
* il D.lgs. n. 150 del settembre 2015, “Disposizioni per il riordino della normativa in materiadiserviziperillavoroedipoliticheattive,aisensidell'articolo1,comma3,dellaLegge10dicembre2014,n.183”ess.mme ii;
* laD.G.R.n.243del29giugno2016“ApprovazionePianoRegionaleperlePoliticheAttivedelLavoro,QuadroMetodologico dellaRegione Calabria;
* laD.G.R.n.25del31.1.2017“PianodiInclusioneAttiva”;
* la D.G.R. n. 360 del 10 agosto 2017 con la quale sono state recepite le “Linee guida inmateria di tirocini formativi e di orientamento, approvate nell’Accordo Stato – Regioni del25 maggio 2017” erevocata la DGR n. 158 del 29 aprile 2014 avente ad oggetto “Lineeguidainmateriaditirocini–Modifica D.G.R.n.268del 29luglio2013”;
* la D.G.R. n. 613 del 11/12/2017 con la quale è stata modificata la D.G.R. n. 360 del10/08/2017;

**AllegatoA–Domandadipartecipazione**

* ilDecreto-legge22marzo2021,n.41convertitoconmodificazionidallalegge21maggio2021,n.69“Misureurgentiinmateriadisostegnoalleimpreseeaglioperatorieconomici,di lavoro, salute e servizi territoriali, connesse all'emergenza da COVID-19”, che haistituito un Fondo denominato “Fondo per l'inclusione delle persone con disabilità”, conunadotazione di 100milioni dieuro perl'anno 2021;
* il Decreto del 29 novembre 2021 “Riparto delle risorse afferenti al Fondo per l’inclusionedellepersone condisabilità”;
* la Deliberazione della Giunta Regionale della Calabria n. 147 del 12 aprile 2022 “Fondoperl’INCLUSIONEDELLE PERSONECONDISABILITA’– D.P.C.M.29novembre2021

- Riparto risorse – Adozione “Programma Regionale” e Riparto tra gli Ambiti TerritorialiSociali”;

* la Deliberazione n. 452 della seduta del 30 settembre 2022 - D.G.R. n. 147 del 12 aprile2022-Fondoperl’INCLUSIONEDELLEPERSONECONDISABILITA’–D.P.C.M.29

novembre2021RipartotragliAmbitiTerritorialiSocialidellerisorseaggiuntive;

* laD.D.G.n.279del09giugno2023recanteilseguenteoggetto:“ModificheallaD.G.R.

n. 147 del 12 aprile 2022 “Fondo per l’Inclusione delle Persone con Disabilità – D.P.C.M.29 novembre 2021 - Riparto risorse – Adozione “Programma Regionale” e Riparto tra gliAmbitiTerritoriali Sociali.

* ilPianodizonadell’AmbitoterritorialesocialediPaola/CetraroadottatodallaConferenza

deiSindaci mediante accordo di programma indata27/07/2021 eapprovatodalla

RegioneCalabriacondecretodirigenzialen2460del09/03/2022

Ilsottoscritto...............................................natoil........................a e

residentein............via................................n.….codicefiscale. in

qualitàdilegalerappresentante(osuodelegato):

* Ente Pubblico ………………………………………………. con sede in

…………………………............................... via ...................................................................

C.F./P.I.:………………………………...........

* dell’Associazione/EntedelTerzosettoredenominata…………………………….consedelegale in ............................... via .......................................................; C.F./P.I.:

………………………………

**sotto la propria responsabilità – a norma degli articoli 46-47 del DPR 28.12.2000 n. 445 - enella consapevolezza che le dichiarazioni mendaci e la falsità in atti sono punite ai sensidelCodicepenale edelleleggispecialiinmateria(art.76 DPR445/2000),**

**AllegatoA–Domandadipartecipazione**

**MANIFESTA**

Ilpropriointeresseaconcorrerealladefinizionediunapropostaprogettuale,relativaallaManifestazionediinteresse(pubblicatasulsitointernet del Comune di Paola),dainviareallaRegione Calabria,voltaallapromozionediattivitàfinalizzateall’inclusioneattiva,attraversolarealizzazione di azioni positive di inclusione socio – lavorativa delle persone in condizioni didisabilità.

**DICHIARA**

1. diessereaconoscenzacheilComunecapofiladell’Ambitoterritorialesocialedi

Paolasiriservaildirittodiprocedered’ufficioaverifiche,ancheacampione,inordineallaveridicitàdelledichiarazionirilasciatedalSoggettorichiedente,aisensi e pergli effetti dellanormativa vigente;

1. diessereconsapevolechel’accertamentodellanonveridicitàdelcontenutodellapresentedichiarazione,delleeventualiulterioridichiarazionirilasciate,comporteràl’esclusione dal partenariato di progetto, in relazione alla presente Manifestazione diinteresse;
2. di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell’art. 13, del D.lgs. n. 196/2003, comemodificato dal D.lgs. n. 101 del 10 agosto 2018, che i dati personali raccolti sarannotrattati,ancheconstrumentiinformatici,esclusivamentenell’ambitodelprocedimentoperil quale la presente dichiarazione viene resa, anche in virtù di quanto espressamentespecificato nella Manifestazione di interesse;
3. di impegnarsi a mantenere per tutta la durata del progetto la struttura organizzativaindicatanelFormulariodiprogetto,perchévalutataadeguatainrelazioneallanatura,alladimensioneterritoriale ealla durata dell’intervento;
4. di essere consapevole che il budget di progetto sarà definito, dal Comune capofiladell’Ambitoterritorialesociale,infasedielaborazionedellapropostaprogettualedefinitivaesempre neilimiti stabiliti dallaDGR 147/2022;
5. diessereconsapevolechel’ideaprogettuale,predispostasecondol’allegatoalladomanda, rappresenta una mera idea di progetto e che quest’ultimo sarà definito dalComune capofiladell’Ambito territorialesociale con il concorso dei Comuni e delleAssociazionie Societàsportive, dicuiall’art.4.

Aisensidell’art.38,D.P.R.n.445/2000,siallegacopia,fronteretrosullastessapagina,diundocumentodiidentità incorsodivalidità.

Luogoe data

**SoggettoRichiedente**

***FORMULARIODIPROGETTO***

***RELATIVOALFINANZIAMENTODIATTIVITA’ESERVIZINELL’AMBITODELFONDOPERL’INCLUSIONEDELLEPERSONECONDISABILITA’–D.P.C.M.29NOVEMBRE2021EDGR***

1. ***279/2023–ADOZIONEPROGRAMMAREGIONALEERIPARTOTRAGLIAMBITITERRITORIALISOCIALI***

|  |  |
| --- | --- |
| ***TITOLODELPROGETTO………………………*** | |
| ***DURATA(indicareitempi/mesi di durata):***  **(Durataminima:2mesi-Duratamassima:12mesi)** | |
| ***COSTOTOTALE***  ***(comedaModello-budgetallegatoC)*** | ***€…………………..*** |

* 1. **ANAGRAFICASOGGETTORESPONSABILE**

Denominazionedelsoggettoproponente**:EntedelTerzosettoredenominato………………………..**

Sede:………………..

Indirizzo:…………………….

Telefono:……………………

e-mail:…………………

PEC:…………………………

* 1. **RESPONSABILEDELPROGETTO**

*(diregolacoincidenteconilsoggettoresponsabile)*

Nome ecognome:……………….

Sede: ………………

Telefono:…………….

e-mail:……………..

PEC:…………….

Data:……………… Firma:……………….

* 1. **DESCRIZIONEDELLAPARTNERSHIP**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Partner*** | |
| ***Partner*** |  |
| ***Partner*** |  |
| ***Partner*** |  |

*NB: inserireeventualirighenelcasodovesseronecessitare.*

* 1. **OBIETTIVISPECIFICIERISULTATIATTESI**

………….

…………

……………

* 1. **DESTINATARIDEGLIINTERVENTI**

*(descrivereilnumeroelatipologiadidestinatariper iqualiattivare leattivitàprogettuali)*

***…***

***..***

* 1. **DESCRIZIONEDELPROGETTO**

*(in questa sezione devono essere descritte le attività progettuali da implementare, le modalità e i soggetti deputatialla realizzazione, la composizione e qualificazione del partenariato, le indicazioni relative alle specifiche speseelalorocoerenzaconlaManifestazionediinteresseeglielementidiinnovazionesultemaoggettodellastessa.L’idea progettuale, inoltre, deve essere basata su una descrizione empirica e documentata di un fabbisogno diprotezione e di inclusione sociale nello specifico contesto locale di riferimento, con riguardo allo specifico targetindividuatocomeprioritario.Gliinterventiprogettatidovranno,altresì,incrociareevalorizzareipercorsiistituzionalmente già attivati e/o preposti dalle varie strutture esistenti sul territorio per la tutela, l’assistenza,l’accompagnamentoe l’inserimentosocio lavorativodeisoggettidestinatari).*

***……………….***

***………………….***

***…………..***

* 1. **DESCRIZIONEDELSISTEMADIMONITORAGGIO**

……….

……….

…………

* 1. **PROGRAMMAECRONOPROGRAMMA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MESE** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** |
| **ATTIVITA’** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Attività1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Attività2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Attività3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Attività4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Attività5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Luogoedata: FirmadelResponsabilediprogetto

|  |
| --- |
| **Attivitàprogetti finalizzatiallarealizzazionedi percorsi di inclusionesocio lavorativadellepersone** |
| **Macro-vocidi costo** |
| costiper leassicurazionidellaresponsabilitàcivileper dannicausatia terzi |
| copertureassicurative INAIL |
| visitemediche |
| corsiedispositividisicurezza |
| indennitàdipartecipazione |
| attivitàdiaccesso e presa incaricodei potenzialidestinatari delTirocinio |
| attivitàdiorientamentospecialistico |
| altricompensi/costiritenuticoerenticonl’attuazionedelleattivitàoggettodelpresenteavviso |
|  |
|  |
|  |
| **TOTALI** |
| **COSTOTOTALEPROGETTO** |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **con disabilità, dicui allaDGR279/2023, in attuazionedel D.P.C.M. del29 novembre2021** | | | | |
| **Dettagliovocidi costo** | **Costo unitario** | **Quantità** | **Costo totale (comprensivodiIVA)** | |
|  |  |  | € | - |
|  |  |  | € | - |
|  |  |  | € | - |
|  |  |  | € | - |
|  |  |  | € | - |
|  |  |  | € | - |
|  |  |  | € | - |
|  |  |  | € | - |
|  |  |  | € | - |
|  |  |  | € | - |
|  |  |  | € | - |
|  |  |  | € | - |
|  |  |  | € | - |
|  | | | | |

**AllegatoD–Autocertificazioneantimafia**

**AUTOCERTIFICAZIONE ANTIMAFIA(art.88co.4-biseart.89D.lgs159/2011)**

**Dichiarazionesostitutivadicertificazioneediattonotorio**

(artt. 46D.P.R. 28.12.2000n.445)

**Il/Lasottoscritto/a nato/aa**

il ,residente

a

via n.

codicefiscale documenton° rilasciatoda

in data

(chesiallega incopia) inqualità di dell’entedelTerzo settore

codicefiscale/partitaIVA avente la sede in

prov. indirizzo

PEC

* consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del DPR 445/00 in caso didichiarazionimendaci;
* aisensieperglieffettidegliartt.46e47delcitatoDPR445/00;
* sottolapropriaresponsabilità

**D ICHIARA**

ai sensi della vigente normativa antimafia, che nei propri confronti non sussistono le cause didivieto, di decadenza o di sospensione previste dall’art. 67 del D.lgs. n. 159/2011 e successivemodificazionied integrazioni

**AllegatoD–Autocertificazioneantimafia**

Data:………../……../………….

Firma

Ai sensi dell’art. 38 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall’interessatoin presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica,non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore all’Ufficio competente via postaelettronicacertificataotramiteunincaricato,oppureamezzo posta.