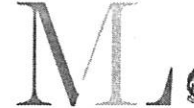


UNIONE EUROPEA  
Fondo Sociale Europeo

**PON**  
INCLUSIONE



MINISTERO del LAVORO  
e delle POLITICHE SOCIALI

## **DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 34**

*Carini — Capaci — Isola Delle Femmine — Cinisi — Torretta — Terrasini*

### **AVVISO PUBBLICO**

**PER L'AMMISSIONE AI TIROCINI INCLUSIVI FINALIZZATI ALL'INCLUSIONE SOCIALE, ALL'AUTONOMIA DELLE PERSONE E ALLA RIABILITAZIONE. PIANO DI ATTUAZIONE LOCALE (PAL 2020) A VALERE DELLA QUOTA SERVIZI FONDO POVERTA' ANNUALITA' 2020 - MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI CUP: D91H20000240003**

Si porta a conoscenza dei cittadini di questo Distretto che, nell'ambito del Piano di Attuazione Locale PAL (2020) Quota Servizi Fondo Povertà annualità 2020 è prevista l'attivazione dei tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione.

### **TIROCINI INCLUSIVI**

L'attivazione dei tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione è rivolta a n. 32 beneficiari del Distretto Socio Sanitario n. 34 e nello specifico:

- n. 14 beneficiari residenti nel comune di Carini;
- n. 4 beneficiari residenti nel comune di Capaci;
- n. 5 beneficiari residenti nel comune di Cinisi;
- n. 2 beneficiari residenti nel comune di Isola delle Femmine;
- n. 5 beneficiari residenti nel comune di Terrasini;
- n. 2 beneficiari residenti nel comune di Torretta;

I tirocini avranno una durata di 6 (sei) mesi dalla data di avvio. Le attività verranno svolte su 5 giorni alla settimana per 4 ore giornaliere. I tirocini inclusivi saranno nel rispetto delle Linee Guida emanate con nota prot. n. 43633 del 30.11.2018 dal Dipartimento del Lavoro, dell'Impiego, dell'Orientamento, dei Servizi e delle Attività Formative. I tirocini saranno organizzati presso soggetti ospitanti che operano nei seguenti regimi:

- ditta individuale.
- impresa familiare.
- società di persone: società semplice. società in nome collettivo ...
- società di capitali: società a responsabilità limitata ...
- società cooperativa.
- impresa artigiana.
- impresa agricola.

- associazione.

Alla fine di ogni mese di tirocinio, ai soggetti beneficiari, che avranno svolto almeno il 70% delle ore mensili, sarà corrisposta una indennità mensile di € 500,00 (cinquecento/00). I tirocini si svolgeranno prioritariamente nel Comune di residenza del beneficiario richiedente. Il tirocinante ha l'obbligo di accettare l'assegnazione dell'ente ospitante, la mansione, la distribuzione oraria e il luogo di svolgimento del tirocinio. La rinuncia del candidato comporterà l'esclusione dall'elenco dei beneficiari da avviare al tirocinio inclusivo ed il conseguente scorrimento della graduatoria. Il tirocinante è tenuto a:

- svolgere personalmente le proprie mansioni con impegno e diligenza, senza avvalersi di sostituti;
- sottoscrivere un foglio di presenza giornaliero, controfirmato dal referente dell'ente presso il quale svolge il tirocinio (Tutor), da recapitare all'Ufficio Servizi Sociali del Comune di Carini;
- collaborare con il Tutor assegnato per la realizzazione dell'attività previste dal tirocinio;
- in caso di malattia, presentare il certificato medico e darne copia all'ente ospitante;
- comunicare tempestivamente all'ente presso il quale svolge il tirocinio ed all'Ufficio Servizi Sociali del Comune, i motivi dell'impedimento a prestare la propria attività.

In caso di assenze del tirocinante non giustificate superiori a n. 10 giorni consecutivi, il competente Ufficio Servizi Sociali procederà all'esclusione del tirocinante e l'avvio di un nuovo tirocinio procedendo con lo scorrimento della graduatoria. A carico del progetto graveranno le spese relative agli oneri INAIL, assicurativi ed acquisto materiale necessario a garantire un corretto svolgimento delle attività di tirocinio.

## DESTINATARI DEGLI INTERVENTI

I destinatari del progetto di tirocinio sono i percettori dell'Assegno di Inclusione (ADI), del Supporto per la Formazione e il Lavoro (SFL) ed i nuclei familiari/individui in condizione di disagio economico in possesso di attestazione ISEE in corso di validità non superiore a € 9.360,00. Potrà presentare domanda un solo componente del nucleo familiare avente i requisiti richiesti dal presente Avviso.

## MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

L'istanza dovrà essere presentata, utilizzando esclusivamente l'apposito modello A allegato al presente Avviso, presso l'ufficio di protocollo o alla PEC del proprio Comune di residenza entro e non oltre 20 gg. dalla data di pubblicazione del presente avviso all'albo pretorio del Comune:

- [protocollo@pec.comune.torretta.pa.it](mailto:protocollo@pec.comune.torretta.pa.it)
- [protocollo@pec.comune.capaci.pa.it](mailto:protocollo@pec.comune.capaci.pa.it)
- [protocolloterrasini@pec.it](mailto:protocolloterrasini@pec.it)
- [info@pec.comune.isoladellefemmine.pa.it](mailto:info@pec.comune.isoladellefemmine.pa.it)
- [cinisi@sicurezzapostale.it](mailto:cinisi@sicurezzapostale.it)
- [protocollo@pec.comune.carini.pa.it](mailto:protocollo@pec.comune.carini.pa.it)

## CRITERI PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA

Nel caso dovesse pervenire un numero di candidature ammissibili superiore al numero di tirocini inclusivi attivabili, per ogni singolo Comune di appartenenza, sarà redatta una apposita graduatoria, sulla base dei seguenti criteri di valutazione (Max 27 punti):

<b>Reddito (ISEE)</b>	<b>Punteggio (Max 4)</b>
Da € 0,00 a € 3.000,00	4
Da € 3.000,01 a € 5.000,00	3
Da € 5.000,01 a € 8.000,00	2
Da € 8.000,01 a € 9.360,00	1
<b>Carichi familiari</b>	<b>Punteggio (Max 4)</b>
Oltre 5 componenti	4
4 componenti	3
3 componenti	2
2 componenti	1
1 componenti	0
<b>Presenza di disabili nel nucleo familiare</b>	<b>Punteggio (Max 2)</b>
Presenza di uno o più disabili	2
Assenza di un disabile	0
<b>Soggetto in esecuzione penale esterna</b>	<b>Punteggio (Max 1)</b>
Il tirocinante è una persona soggetta ad esecuzione penale esterna	1
Il tirocinante non è una persona soggetta ad esecuzione penale esterna	0
<b>Soggetto ex detenuto o soggetto con dipendenze certificate</b>	<b>Punteggio (Max 1)</b>

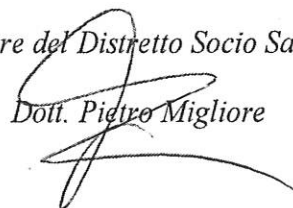
Il tirocinante è un ex detenuto o un soggetto con dipendenze certificate	1
Il Tirocinante non è un ex detenuto o un soggetto con dipendenze certificate	0
<b>ADI/SFL</b>	<b>Punteggio (Max 5)</b>
Non percettore dell'Assegno di inclusione/ Supporto per la formazione e il lavoro	5
Importo mensile del nucleo familiare ADI/SFL inferiore a € 400,00	4
Importo mensile del nucleo familiare ADI/SFL compreso tra € 400,01 ed € 600,00	3
Importo mensile del nucleo familiare ADI/SFL compreso tra € 600,01 ed € 700,00	2
Importo mensile del nucleo familiare ADI/SFL compreso tra € 700,01 ed €1.000,00	1
Importo mensile del nucleo familiare ADI/SFL superiore a € 1.000,01	0
<b>Valutazione mediante colloquio effettuato dalla Equipe Multiprofessionale</b>	<b>da 1 a 10</b>

In caso di parità di punteggio, verrà data precedenza al richiedente di minore età. In caso di rinuncia da parte degli aspiranti utilmente collocati in graduatoria, si procederà allo scorrimento della stessa.

Carini, lì \_\_\_\_\_

*Il Coordinatore del Distretto Socio Sanitario n. 34*

*Dott. Pietro Migliore*



*Allegato A -Tirocinanti*

AL COMUNE DI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OGGETTO: AMMISSIONE AI TIROCINI INCLUSIVI FINALIZZATI ALL'INCLUSIONE SOCIALE, ALL'AUTONOMIA DELLE PERSONE E ALLA RIABILITAZIONE. PIANO DI ATTUAZIONE LOCALE (PAL 2020) A VALERE DELLA QUOTA SERVIZI FONDO POVERTA' ANNUALITA' 2020 - MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI CUP: D91H20000240003.-**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso alla selezione per lo svolgimento dei tirocini inclusivi finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione. piano di attuazione locale (PAL 2020) a valere della Quota Servizi Fondo Povertà Annualità 2020 - Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali CUP: D91H20000240003

Per tale finalità e nella piena consapevolezza di quanto previsto dal D.P.R. n. 445/2000, art. 76, in caso di affermazioni false e mendaci

**DICHIARA** (barrare con una X le caselle di interesse)

- di avere la residenza nel Comune di \_\_\_\_\_;
- di far parte di nucleo familiare beneficiario della misura AdI;
- di far parte di nucleo familiare beneficiario della misura SFL;
- di far parte di nucleo familiare il cui ISEE ha un valore **non superiore a € 9.360,00** (come da ISEE allegato alla presente istanza)
- che il proprio nucleo familiare è composto da n ..... persone (compreso il richiedente);

- di far parte di nucleo familiare al cui interno è presente n ..... soggetto/i disabili;
- di essere sottoposto a misura di esecuzione penale esterna;
- di non essere sottoposto a misura esecuzione penale esterna;
- di essere un soggetto ex detenuto;
- di non essere un soggetto ex detenuto;
- di essere soggetto a dipendenze (certificate);
- di non essere soggetto a dipendenze (certificate);
- che l'importo mensile di Adi/SFL è pari a €.....;
- di essere disponibile ad effettuare il tirocinio inclusivo da svolgersi presso i Comuni facenti parte del Distretto Socio Sanitario n. 34;
- di essere a conoscenza che il tirocinio inclusivo non si configura, in nessun caso, come rapporto di lavoro né subordinato né di natura autonoma;
- di accettare tutte le disposizioni contenute nel presente Avviso pubblico;

Si allega:

- Copia fotostatica del documento di riconoscimento in corso di validità;
- Modello ISEE in corso di validità;

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

Ai sensi del GDPR n. 679/2016 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali" acconsento al trattamento dei miei dati personali nei termini e con le modalità indicate dall'avviso pubblico.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_