

2.B Modulo di domanda di partecipazione e PIP



TITOLO INIZIATIVA

DI CUI AL DECRETO N. XX DEL gg/mese/anno

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'INIZIATIVA

DG_Famiglia,_Solidarietà Sociale,
Disabilità e Pari Opportunità
Piazza Città di Lombardia, 1
20124 Milano

Data gg/mm/aaaa - ora

Codice identificativo

Il sottoscritto/a nato/a a il , residente a in n. C.A.P. Provincia , domicilio (se diverso dalla residenza) a in n. C.A.P. Provincia , Tel. Cod. Fiscale

CHIEDE

di partecipare al Programma Garanzia Giovani per poter fruire del percorso individuale di Servizio civile regionale descritto nel PIP sottoscritto con l'operatore e l'Ente promotore e delle eventuali indennità/altri incentivi.

DICHIARA

- ☐ di essere disponibile a fornire eventuale documentazione richiesta in caso di controlli in loco;
- ☐ di acconsentire all'eventuale utilizzazione dei dati forniti nella domanda per comunicazioni di Regione Lombardia;
- ☐ di dare il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità specificatamente indicate nell'informativa in attuazione al Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n. 196/2003 e Regolamento UE n. 2016/679), consapevole che in mancanza di tale consenso non sarà possibile procedere al trattamento dei suoi dati personali e, pertanto, alla partecipazione al Programma;
- ☐ di aver preso visione dell'Avviso e di aver concordato con l'operatore e l'Ente proponente il percorso di fruizione dei servizi come riportato nel PIP allegato, da lui stesso sottoscritto;
- ☐ di impegnarsi a partecipare alle attività previste nel PIP allegato;
- ☐ di conoscere le modalità di partecipazione all'iniziativa, con particolare riferimento alle conseguenze della rinuncia alla dote;
- ☐ di essere consapevole che, se entro i termini previsti dall'Avviso, non è stato conseguito uno dei risultati previsti, la dote decade automaticamente.

SI IMPEGNA INOLTRE

A comunicare all'operatore e all'Ente proponente con cui ha definito il PIP allegato:

- eventuali modifiche nei requisiti di partecipazione al percorso individuale di Servizio civile regionale ;
- eventuali difficoltà nell'attuazione del percorso individuale di Servizio civile regionale;
- l'eventuale rinuncia al percorso individuale di Servizio civile regionale con apposita comunicazione.

Ai fini della verifica dei requisiti di partecipazione, **dichiara** di avere consegnato all'operatore:

- ☐ copia del documento di identità;
- ☐ [solo per cittadini extracomunitari] copia del permesso di soggiorno.

Il/La sottoscritto/a dichiara che la firma apposta sul presente documento viene considerata come presa visione dell'informativa in attuazione al Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n. 196/2003 e Regolamento UE n. 2016/679).

LUOGO e DATA

(FIRMA del destinatario o di chi ne fa le veci)



TITOLO INIZIATIVA
DI CUI AL DECRETO N. XX DEL gg/mese/anno

PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO

**DG Famiglia, Solidarietà Sociale,
Disabilità e Pari Opportunità
Piazza Città di Lombardia, 1
20124 Milano**

Destinatario

| | | | |
|---------------------|-----|-------|----|
| Cognome | | Nome | |
| Sesso | | | |
| Codice Fiscale | | | |
| Nato a | | Il | |
| Residente a | | Via | N. |
| | CAP | Prov. | |
| Domiciliato a | | Via | N. |
| | CAP | Prov. | |
| Indirizzo email | | | |
| Recapito telefonico | | | |

Esperienza formativa

| | | | |
|------------------|--|-----------|--|
| Titolo di studio | | dettaglio | |
| Conseguito il | | presso | |

Operatore

| | |
|---------------------------------|--|
| ID operatore | |
| ID unità organizzativa | |
| Denominazione / Ragione sociale | |

Responsabile Sede di attuazione

| | | | |
|----------------|---------------------------|------|--|
| Cognome | | Nome | |
| Codice fiscale | | | |
| Ruolo | Indicare se Resp. UO o RL | | |

Responsabile volontario individuato dall'operatore

| | | |
|------------------------|--|-----------|
| Cognome | | Nome |
| Codice fiscale | | |
| Titolo di studio | | Dettaglio |
| Anni di esperienza | | |
| Esperienza nel settore | | |

Settore di impiego del progetto di Servizio civile regionale**Responsabile del volontario****Profilo del destinatario**

| |
|--|
| |
|--|

Attività previste

Nel successivo riquadro vanno indicate tutte le attività che l'operatore e il destinatario si impegnano comunemente a svolgere. All'elenco delle attività qui segnalate l'operatore dovrà fare riferimento nel monitoraggio dell'avanzamento del Piano.

1-A) ACCOGLIENZA E INFORMAZIONI SUL PROGRAMMA

| Tipologia delle attività | Periodo di attuazione delle attività | Operatore che eroga il servizio | Soggetti terzi coinvolti | Ore | Valorizzazione |
|---|--------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|-----|----------------|
| <i>Colloquio di prima informazione e orientamento</i> | | | <i>N.A.</i> | | <i>N.A.</i> |

1-B) ACCESSO ALLA GARANZIA (PRESA IN CARICO, COLLOQUIO INDIVIDUALE E PROFILING, CONSULENZA ORIENTATIVA)

| Tipologia delle attività | Periodo di attuazione delle attività | Operatore che eroga il servizio | Soggetti terzi coinvolti | Ore | Valorizzazione |
|---|--------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|-----|----------------|
| <i>Colloquio di orientamento</i> | | | <i>N.A.</i> | | <i>N.A.</i> |
| <i>Patto di servizio ed eventuale profiling</i> | | | <i>N.A.</i> | | <i>N.A.</i> |

PIANO ATTUATIVO DEL PERCORSO INDIVIDUALE DI SERVIZIO CIVILE REGIONALE

| Descrizione dell'attività | Periodo di attuazione | Valorizzazione (indennità mensile) |
|---------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| | | |
| | | |

INIZIATIVE DI FORMAZIONE GENERALE

| Descrizione dell'attività | Periodo di attuazione | Valorizzazione |
|---------------------------|-----------------------|----------------|
| | | |

INIZIATIVE DI FORMAZIONE DI ACCOMPAGNAMENTO

| Descrizione dell'attività | Periodo di attuazione | Valorizzazione |
|---------------------------|-----------------------|----------------|
| | | N.A |

COPERTURA ASSICURATIVA

| Descrizione polizza | Valorizzazione |
|---------------------|----------------|
| | |

COSTI DI VIAGGIO

| Descrizione | Valorizzazione |
|-------------|----------------|
| | |

DURATA DEL PERCORSO INDIVIDUALE DI SERVIZIO CIVILE REGIONE

| MESI DI DURATA | |
|----------------|--|
|----------------|--|

Altri soggetti coinvolti (specificare se in partenariato)

- Indicare denominazione / ragione sociale, Codice Fiscale, indirizzo (via, CAP, Città, Provincia), referente
- Indicare denominazione / ragione sociale, Codice Fiscale, indirizzo (via, CAP, Città, Provincia), referente
- Indicare denominazione / ragione sociale, Codice Fiscale, indirizzo (via, CAP, Città, Provincia), referente

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

LUOGO e DATA

L'operatore _____ Il destinatario _____

*Firma del rappresentante legale o di altro firmatario Firma leggibile del destinatario o di chi ne fa le veci
autorizzato*