



## COMUNEDIORMELLE

Piazza Vittoria 20 - 31024 -ORMELLE TV - tel.0422/745017 fax 0422/805229 - CF. 80011490267 –  
E mail: [info@comune.ormelle.tv.it](mailto:info@comune.ormelle.tv.it) Pec: [amministrativo@pec.comune.ormelle.tv.it](mailto:amministrativo@pec.comune.ormelle.tv.it)

---

### ALLEGATO B

**All'Ufficio Servizi Sociali  
Comune di Ormelle  
Piazza Vittoria, 20  
31024 Ormelle (TV)**

Oggetto: **Candidatura per la misura RIA (Reddito di Inclusione Attiva) IX**

Il sottoscritto Dott. /Dott.ssa .....  
Tel ufficio..... cell.....  
E-mail.....  
In qualità di Assistente Sociale Case Manager del Comune di .....

Propongo la candidatura per il RIA IX del/della

Sig/Sig.ra .....  
In carico al servizio sociale del comune inviante.  
nato/a .....il.....  
Cittadinanza  
 Italia     UE     Extra UE  
codice fiscale.....  
residente in via .....Comune .....  
Telefono.....  
Mail .....  
in carico ad altri Servizi: specificare .....

### CHIEDE

L'inserimento della persona nel RIA IX indicando come preferenza:

- RIA di INSERIMENTO
- RIA di SOSTEGNO

L'Ente gestore si riserva di inserire il beneficiario nel percorso più adatto dopo la valutazione effettuata nelle prime attività dall'Operatore.

Si precisa che per il RIA di INSERIMENTO è necessario lo stato di disoccupazione ai sensi del D.lgs n. 150/2015.



## COMUNEDIORMELLE

Piazza Vittoria 20 - 31024 -ORMELLE TV - tel.0422/745017 fax 0422/805229 - CF. 80011490267 –  
E mail: [info@comune.ormelle.tv.it](mailto:info@comune.ormelle.tv.it) Pec: [amministrativo@pec.comune.ormelle.tv.it](mailto:amministrativo@pec.comune.ormelle.tv.it)

---

### REQUISITI RIA IX

**Dichiaro che la persona indicata si trova in almeno una delle seguenti condizioni:**

- persone con condizione di disabilità riconosciuta (persone con disabilità psico-fisica ai sensi della L. n. 68/99);
- persone con certificazione dei servizi specialistici (persone con patologie certificate da servizi pubblici che richiedono lunghi percorsi riabilitativi o di recupero);
- giovani NEET (not in education employment or training);
- donne vittime di violenza domestica/familiare;
- genitori/coniugi separati che escono dal nucleo familiare;
- vittime di tratta;
- in condizioni di emarginazione e vulnerabilità per motivi diversi;
- emergenza COVID-19;
- nuclei familiari in condizioni di emarginazione e vulnerabilità per motivi diversi da quelli sopra indicati.

**Obiettivi prioritari del lavoro socio-educativo con la persona**

- Sostenere adattamento alla realtà lavorativa
- Orientare alle scelte
- Ricerca attiva
- Valorizzare le competenze individuali
- Curare la socializzazione /attivare le capacità relazionali
- Orientare e accompagnare alla fruizione dei servizi
- Altro specificare:.....

La persona è stata informata del progetto proposto SI  NO

La persona è disponibile alla formazione: SI  NO

La persona è disponibile al tirocinio/percorso di sostegno: SI  NO

Note sulla segnalazione (eventuali):

---

---

---



# COMUNEDIORMELLE

Piazza Vittoria 20 - 31024 -ORMELLE TV - tel.0422/745017 fax 0422/805229 - CF. 80011490267 –  
E mail: [info@comune.ormelle.tv.it](mailto:info@comune.ormelle.tv.it) Pec: [amministrativo@pec.comune.ormelle.tv.it](mailto:amministrativo@pec.comune.ormelle.tv.it)

---

## INFORMATIVA ALL'UTENZA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

### Informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30.06.03 n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali

In adempimento agli obblighi di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, l'Amministrazione Comunale La informa che:

- a) il trattamento dei dati conferiti con la presente istanza/dichiarazione è finalizzato allo sviluppo del procedimento amministrativo finalizzato alla gestione delle richieste di partecipazione al progetto RIA IX
- b) il trattamento comporta operazioni relative anche a dati sensibili, per i quali è individuata rilevante finalità di interesse pubblico nel rispetto di quanto previsto dal D.lgs. n. 196/03 nonché dal regolamento comunale per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari;
- c) il trattamento avviene con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, secondo principi e modalità volti ad assicurare la certezza del dato immesso, la sicurezza del dato raccolto, la correttezza formale e logica dei dati immessi e prodotti, la garanzia dell'accessibilità degli stessi;
- d) il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e degli altri adempimenti procedurali;
- e) il mancato conferimento di alcuni dati o di tutti i dati richiesti comporta l'annullamento del procedimento per l'impossibilità a realizzare l'istruttoria necessaria;
- f) i dati conferiti, compresi quelli sensibili, saranno trattati dal personale dipendente e incaricato dal Comune secondo principi di correttezza, liceità e trasparenza, in modo da tutelare in ogni momento la riservatezza ed i dati dell'interessato. Inoltre saranno portati a conoscenza di responsabili ed incaricati di altri soggetti terzi che debbano partecipare al procedimento amministrativo quali, a titolo meramente esemplificativo, CONSORZIO PROVINCIALE INTESA: CCA, ecc.;
- g) il dichiarante può esercitare i diritti di cui all'articolo 7 del D.Lgs. 196/2003 (accesso ai propri dati personali, rettifica, aggiornamento cancellazione dei dati se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge) avendo come riferimento il responsabile del trattamento degli stessi per il Comune a cui è stata rivolta l'istanza;
- h) la richiesta di cancellazione dei dati comporta l'annullamento della domanda;

**Il/la sottoscritto/a** \_\_\_\_\_, in relazione alla presente istanza/dichiarazione di partecipazione al Progetto RIA IX **DICHIARA** di avere preso visione dell'informativa sopra esposta e consapevole che il trattamento potrà riguardare "dati personali sensibili", **PRESTA**, nel contempo, **IL SUO CONSENSO**, anche in nome e per conto **dei congiunti** per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa ricevuta ed alle occorrenti comunicazioni.

Luogo, data \_\_\_\_\_

Il beneficiario per accettazione (firma) \_\_\_\_\_

Per il Comune di \_\_\_\_\_

Assistente Sociale (firma) \_\_\_\_\_