

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ E DELLE PENE STABILITE DALLA LEGGE PER FALSE ATTESTAZIONI E MENDACI DICHIARAZIONI, SOTTO LA SUA PERSONALE RESPONSABILITÀ (ARTT. 48-76 D.P.R. 28/12/2000, N°445)

DICHIARA:

- A) di essere di sesso: ☐M ☐F
- B) di avere cittadinanza _____,
- C) di risiedere
- a. in via/piazza _____ n° _____
- b. Comune _____
- c. CAP _____
- d. Provincia _____
- e. n° tel. _____
- f. n° cell. _____
- g. e-mail _____
- D) di non avere residenza ☐ _____,
- E) di non avere domicilio ☐ _____
- F) *(da compilare se la residenza è diversa dal domicilio)*
- di essere domiciliato in via/piazza _____ n° _____
- Comune _____ CAP _____ Provincia _____
- _____ n° tel. _____
- G) **di essere in possesso del seguente titolo di studio** *(Indicare il titolo di studio più elevato posseduto; in assenza di titolo riconosciuto indicare il titolo maggiormente assimilabile):*
- ☐ 00 Nessun titolo
- ☐ 01 Licenza elementare
- ☐ 02 Licenza media/avviamento professionale
- ☐ 03 Titolo di istruzione secondaria di II grado (scolastica o formazione professionale) che non permette l'accesso all'università (Qualifica di istituto professionale, licenza di maestro d'arte, abilitazione all'insegnamento nella scuola materna, attestato di qualifica professionale e diploma professionale di Tecnico (IeFP), Qualifica professionale regionale di I livello (post-obbligo, durata => 2 anni)
- ☐ 04 Diploma di istruzione secondaria di II grado che permette l'accesso all'università
- ☐ 05 Qualifica professionale regionale/provinciale post diploma, certificato di specializzazione tecnica superiore (IFTS) Diploma universitario o di scuola diretta a fini speciali (vecchio ordinamento)
- ☐ 06 Diploma di tecnico superiore (ITS)
- ☐ 07 Laurea di primo 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 (AFAM o di Conservatorio, Accademia di Belle Arti, Accademia d'arte drammatica o di danza, ISIAE vecchio ordinamento)
- ☐ 09 Titolo di dottore di ricerca

H) di essere attualmente nella seguente condizione professionale: (barrare una sola casella):

- ☐ 01 In cerca di prima occupazione (*non ha mai lavorato, non studia e cerca lavoro*) – **Compilare punto G)**
- ☐ 02 Occupato (*compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica e chi è in CIG ordinaria*) -
- ☐ 03 Disoccupato alla ricerca di nuova occupazione (*o iscritto alle liste di mobilità - CIG straordinaria – Contratti solidarietà difensivi*) - **Compilare il punto G)**
- ☐ 04 Studente
- ☐ 05 Inattivo diverso da studente (*casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in servizio di leva o servizio civile, in altra condizione*)

I) di essere alla ricerca di lavoro da (durata) – (compilare in caso di disoccupato o in cerca di prima occupazione; barrare una sola casella):

- ☐ 01 Fino a 6 mesi (≤ 6)
- ☐ 02 Da 6 mesi a 12 mesi (≤ 12 mesi)
- ☐ 03 Da 12 mesi e oltre (> 12)
- ☐ 04 Non disponibile

J) di appartenere a una delle seguenti categorie di vulnerabilità:

- ☐ 01 Persona disabile
- ☐ 02 Cittadino/a di paesi terzi
- ☐ 03 Partecipante di origine straniera
- ☐ 04 Appartenente a minoranze (comprese le comunità come i Rom)
- ☐ 05 Persona senzatetto o persone colpite da esclusione abitativa
- ☐ 06 Persona che vive in zone rurali
- ☐ 07 Altro tipo di vulnerabilità

DICHIARAZIONE

.....I.....sottoscritt... dichiara di essere a conoscenza che l'intervento è finanziato dal "Programma Nazionale Equità nella Salute" a valere sui fondi europei FESR (Fondo Europeo di Sviluppo Regionale) e FSE+ (Fondo Sociale Europeo Plus)

Allegati n° _____:

- copia documento di identità
- copia documento comprovante i requisiti di vulnerabilità socio – economica (allegato obbligatorio):
- ☐ ISEE inferiore a 10.000 euro
- ☐ STP
- ☐ ENI
- ☐ Esenzione per reddito
- ☐ Dichiarazione dei Servizi Sociali attestante la situazione di indigenza
- ☐ Dichiarazione attestante la situazione di indigenza o disagio socio-economico da parte dell'Ente del Terzo Settore (ETS)

☐ Documentazione riferita all'intervento di *outreach* svolto in contesti deprivati

Data

Firma del paziente

Per i minori di anni 18 e per le persone con tutela legale, firma del genitore o di chi ne esercita la tutela

DATI Genitore o tutore

- Nome
- Cognome
- CF
- Indirizzo
- Telefono
- Email

A cura dell'Azienda sanitaria

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 2000 la presente dichiarazione è stata:

☐ sottoscritta, previa identificazione del dichiarante, in presenza del dipendente addetto,

☐ sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del dichiarante.

*Il soggetto incaricato dall'Azienda sanitaria alla compilazione e raccolta della presente scheda di adesione (Inserire Nome e Cognome) ha provveduto a compilare la **Sezione "Condizione di accesso del partecipante"** e ad allegare il corrispondente documento comprovante*

Firma dell'incaricato della Azienda Sanitaria

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa pubblica sul sito ufficiale l'informativa generale, ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento Europeo 2016/679 sulla Protezione dei Dati Personali e conformemente a quanto previsto dal D.Lgs. 196/03 come modificato dal D.Lgs. 101/2018.

Firma del paziente

Per i minori di anni 18 firma del genitore o di chi ne esercita la tutela