



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 senzatecto 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

**I dati personali saranno trattati secondo il regolamento aziendale adottato con Deliberazioni del Direttore Generale n. 52 del 17/01/2018 e 1102 del 30/11/2022.**

Firma del paziente

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