



RICHIESTA DI INSERIMENTO PROGETTO D-MAN AT WORK

Regione Lazio - Avviso pubblico per il finanziamento di progetti di inclusione attiva e di integrazione socio lavorativa di persone con disabilità e in situazioni di svantaggio - DD-G16831

ENTE D'INVIO DELLA CANDIDATURA

Ente inviante la candidatura: _____

Referente: _____

Recapiti: tel. _____ email: _____

DATI ANAGRAFICI DEL CANDIDATO

Cognome _____ Nome _____

nato/a _____ il _____

residente a

Comune

indirizzo

domiciliato a

Comune

indirizzo

tel. _____

SITUAZIONE GIURIDICA DEL CANDIDATO

Amministrazione di sostegno SI NO

Se sì, indicare dati anagrafici e recapiti completi dell'Amministratore di sostegno

- La persona è autonoma nelle attività di igiene: SI NO
- La persona è autonoma nella preparazione dei pasti: SI NO
- La persona è autonoma nella gestione dei farmaci: SI NO

Altre informazioni sul livello di autonomia nelle attività domestiche possedute dalla persona:

2) Autonomia negli spostamenti:

- La persona è autonoma negli spostamenti: SI NO

Se si descrivere se in possesso di patente di guida, di autoveicolo o se utilizza mezzi pubblici:

Informazioni sulla partecipazione della persona a progetti di promozione dell'autonomia individuale

- La persona è inserita nel progetto Nuova ERA SI NO
- La persona è beneficiaria della misura Dopo di Noi SI NO
- La persona è inserita in altri percorsi di promozione dell'autonomia SI NO

Descrivere gli altri eventuali percorsi di promozione dell'autonomia in cui la persona è inserita o è stata inserita in passato. Specificare durata, obiettivi, intensità, risultati conseguiti:

Informazioni su eventuali pregresse esperienze lavorative o di tirocinio

- La persona ha avuto pregresse esperienze lavorative SI NO
- La persona ha avuto pregresse esperienze di tirocinio SI NO
- La persona è iscritta al collocamento mirato? SI NO
- La persona è presa in carico dai servizi per l'impiego? SI NO

Descrivere le eventuali esperienze pregresse di tirocinio/lavoro, specificando durata, ambito, mansioni ricoperte:

Data e luogo

Firma del candidato

Per l'ente di invio

Allegare:

- Certificazione accertamento invalidità civile
- Certificato della Diagnosi Funzionale in base alla legge 68/92 (se posseduto)