**Comune di Oliveto Citra (SA)**

**Programma “Garanzia di Occupabilità dei Lavoratori - GOL”**

**Avviso Pubblico Tirocini**

Il/la sottoscritto/a:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME |  | | | | | | COGNOME | | | |  | | |
| NATO/A IL | |  | | | | A |  | | | | | PR |  |
| RESIDENTE IN | | | |  | | | | | A |  | | | |
| TELEFONO | | |  | | E-MAIL | | |  | | | | | |

CONSIDERATO CHE

i beneficiari dei tirocini di inclusione del programma GOL sono persone con età fino a 65 anni, residenti e/o domiciliate in Campania, in almeno una delle seguenti situazioni:

* Beneficiari di ammortizzatori sociali in costanza di rapporto di lavoro;
* Beneficiari di ammortizzatori sociali in assenza di rapporto di lavoro (disoccupati percettori di NASPI o DIS-COLL);
* Beneficiari di sostegno al reddito di natura assistenziale (percettori Assegno di inclusione);
* Lavoratori fragili o vulnerabili come giovani NEET, donne in condizioni di svantaggio, persone con disabilità, lavoratori maturi (55 anni e oltre), persone in carico o segnalate dagli Enti che operano nel sistema dei servizi sociali o sociosanitari e/o inserite in interventi di inclusione sociale;
* Disoccupati senza sostegno al reddito, altri lavoratori con minori opportunità occupazionali (giovani e donne, anche non in condizioni di fragilità), lavoratori autonomi che cessano l’attività o con redditi molto bassi;
* Lavoratori il cui reddito da lavoro dipendente o autonomo sia inferiore alla soglia dell’incapienza secondo la disciplina fiscale.

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

a partecipare all’Avviso Pubblico Tirocini Misura GOL Percorso 4 “Lavoro e Inclusione”, che prevede **l’attivazione a sportello di tirocini d’inclusione** **di durata fino al 30 giugno 2026.**

La presentazione della manifestazione d’interesse non comporta la necessaria partecipazione al progetto. Ogni interessato sarà contattato dall’Ufficio Servizi Sociali e convocato presso il Comune di Oliveto Citra per un colloquio conoscitivo e per l’eventuale presa in carico.

Si allega documento di identità

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Luogo e data | |  | Firma | |
|  |  | |  |