



Comune di Francofonte  
Libero consorzio Comunale di Siracusa

**AVVISO**

Allegato alla determina n. 13 del 17/01/2024

PROGETTO DI INCLUSIONE SOCIO-  
LAVORATIVA PER SOGGETTI  
DIVERSAMENTE ABILI.  
" BORSE LAVORO "

IL RESPONSABILE DEI SERVIZI SOCIALI

VISTA la deliberazione di G. M. n. 07 del 15 Gennaio 2024 di approvazione del progetto di inclusione Socio-lavorativa "Borse Lavoro" a favore di cittadini diversamente abili per un periodo di mesi dodici o, in alternativa, a turnazione semestrale, da impiegare in attività di supporto agli uffici comunali;

**INVITA**

I cittadini diversamente abili residenti nel Comune di Francofonte, in età compresa tra i 18 e i 60 anni, certificati ai sensi della legge 104/92 ovvero in possesso della certificazione di invalidità non inferiore al 75% con adeguata certificazione attestante l'idoneità psicofisica al lavoro a far pervenire la propria candidatura entro e non oltre il giorno **02.02.2024** al protocollo generale del Comune di Francofonte.

L'istanza può essere presentata, brevi manu presso l'ufficio Protocollo del comune di Francofonte o anche a mezzo Pec al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: [protocollo.generale@pec.comune.francofonte.sr.it](mailto:protocollo.generale@pec.comune.francofonte.sr.it)

La domanda di partecipazione dovrà essere corredata da:

- *Copia certificazione di handicap rilasciata dall'apposita commissione sanitaria ai sensi della L. 104/92;*
- *Certificazione del Medico di Medicina Generale attestante le abilità/potenzialità a svolgere attività di supporto agli uffici comunali;*
- *Per le persone con disturbo psichici/comportamentali attestazione di idoneità rilasciata dal D.S.M. territoriale competente;*
- *Copia del documento di identità;*

*La selezione dei candidati sarà effettuata da una commissione appositamente costituita, previa verifica del possesso dei requisiti richiesti.*



IL RESPONSABILE DEI SERVIZI SOCIALI

Dott.ssa Roberta Di Stefano

*Roberta Di Stefano*



# COMUNE DI FRANCOFONTE

Cod.fisc. 82001050895

Provincia di Siracusa

96015

Al Signor Sindaco del Comune di Francofonte

IL/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

CHIEDE

Di partecipare alla selezione per il progetto di inclusione socio-lavorativa per soggetti diversamente abili.

Si allega:

- Copia fotostatica della certificazione di handicap ai sensi della L. 104/92;
- Certificazione del medico di Medicina Generale attestante le abilità/potenzialità a svolgere attività di supporto agli uffici comunali;
- Attestazione di idoneità rilasciata dal D.S.M.

Francofonte li \_\_\_\_\_

FIRMA  
\_\_\_\_\_