



Unione europea
Fondo sociale europeo



MINISTERO DEL LAVORO
E DELLE POLITICHE SOCIALI

Direzione Generale per le Politiche
per l'Orientamento e la Formazione



Regione Liguria



Parco del Beigua

P.O. R. Ob. 3 – FSE – 2000-2006 – Piano di Sviluppo Locale – Progetto Integrato Sviluppo
Risorse Umane “**Naturalia**”

**DOMANDA DI ATTIVAZIONE DI
WORK EXPERIENCES**

*Attività complementare alla definizione di un percorso integrato con le azioni
previste nella misura A (cod.az. P.05)*

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a il ____ - ____ - ____ a _____ (____)

Stato di nascita _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

Di partecipare all'intervento indicato e a tale scopo, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dalla Legge in caso di mendaci dichiarazioni in base all'art. 496 del Codice penale e art. 76 del dpr 455 del 28/12/2000, nonché della decadenza dei benefici conseguiti in base alle stesse,

DICHIARA

di essere

Uomo <input type="checkbox"/>	Donna <input type="checkbox"/>
-------------------------------	--------------------------------

Di avere la cittadinanza:

1	Italiana	<input type="checkbox"/>
2	Altri paesi UE	<input type="checkbox"/>
3	Paesi non UE del Mediterraneo	<input type="checkbox"/>
4	Paesi europei non UE	<input type="checkbox"/>
5	Altri paesi Africani	<input type="checkbox"/>
6	Altri paesi Asiatici	<input type="checkbox"/>
7	America	<input type="checkbox"/>
8	Oceania	<input type="checkbox"/>

Di risiedere in via/piazza _____ n° _____

C.A.P. _____ Località _____ Prov. _____

Tel. Abitazione _____ / _____ Telefono cellulare _____ / _____

e-mail _____

(nel caso in cui la residenza non coincida con il domicilio)

di avere il domicilio in via/piazza _____ n° _____

C.A.P. _____ Località _____ Prov. _____

Tel. Abitazione _____ / _____

1. Di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____

Conseguito presso _____

In data _____ **con la votazione di** _____

1	Nessun titolo o licenza elementare	<input type="checkbox"/>
2	Obbligo scolastico	<input type="checkbox"/>
3	Obbligo formativo	<input type="checkbox"/>
4	Qualifica professionale post obbligo	<input type="checkbox"/>
5	Diploma di maturità e diploma di scuola superiore	<input type="checkbox"/>
6	Qualifica professionale post-diploma e IFTS	<input type="checkbox"/>
7	Diploma universitario e Laurea breve	<input type="checkbox"/>
8	Laurea	<input type="checkbox"/>
9	Diploma post-laurea (master, dottorato)	<input type="checkbox"/>

3. dichiara di essere nella seguente condizione professionale (indicare una sola risposta)

1	In cerca di prima occupazione in uscita dalla scuola/università (chi non ha mai lavorato, non studia e cerca lavoro)	<input type="checkbox"/>
2	Disoccupato o iscritto alle liste di mobilità (chi ha perso o lasciato il lavoro anche se saltuario/atipico, donne che hanno l'intento di rientrare nel mercato del lavoro)	<input type="checkbox"/>
3	Occupato alle dipendenze (compresa chi ha un'occupazione saltuaria/atipica e chi è in CIG)	<input type="checkbox"/>
4	Occupato con contratto a causa mista (CFL/Apprendistato)	<input type="checkbox"/>
5	Imprenditore, Lavoratore autonomo	<input type="checkbox"/>
6	Studente (chi frequenta un corso regolare di studio scolastico/universitario)	<input type="checkbox"/>
7	Inattivo (chi non ha e non cerca lavoro)	<input type="checkbox"/>

4. (se disoccupato) Dichiaro di essere in stato di disoccupazione dal _____

1	Di essere iscritto al Centro per l'impiego/Ufficio di collocamento Dal <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (indicare mese e anno)	<input type="checkbox"/>
---	--	--------------------------

e di essere in cerca di lavoro da: (se in cerca di lavoro)

1	Da meno di 6 mesi	<input type="checkbox"/>
2	Da 6 a 11 mesi	<input type="checkbox"/>

3	Da 12 a 24 mesi	<input type="checkbox"/>
4	Da oltre 24 mesi	<input type="checkbox"/>

Dichiara altresì di aver frequentato e/o di frequentare, nell'ambito del Progetto Naturalia, le seguenti attività formative:

Titolo dell'attività formativa	Cod. Az.	Ente Attuatore

A tale scopo indica l'azienda /ente presso cui attuare la Work Experiences e con cui sono già stati avviati gli opportuni contatti:

Denominazione _____

Sede _____

(allegare eventuale lettera d'intento)

Allega infine la dichiarazione di consenso al trattamento dei propri dati personali (Legge 675/96)

Data _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Informativa e consenso ai sensi della Legge 31.12.1996 n. 675/96

“Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali”

I dati da Lei conferiti saranno trattati e contenuti in banche dati allo scopo di consentire la gestione elettronica del procedimento amministrativo in relazione al quale il conferimento dei dati è obbligatorio. I dati saranno inoltre comunicati agli Enti finanziatori e/o promotori delle iniziative formative (Unione Europea, Regione Liguria) e saranno parzialmente diffusi al pubblico.

Potrà rivolgersi all'Ente Parco del Beigua (Dott. Maurizio Burlando – Direttore) per limitare l'uso dei dati conferiti e il loro inserimento in indirizzari, nonché per esercitare i diritti di cui all'art. 13 della L.675/96 che si allega alla presente scheda.

CONSENSO

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____, preso atto dell'informativa di cui sopra e dei diritti riconosciuti dall'art. 13 della L.675/96, dichiara di prestare il proprio consenso ai sensi degli art. 11 e 20 della Legge 675/96, al trattamento dei propri dati nei termini e con le finalità sopra individuate.

Data _____

Firma _____

PROGETTO COFINANZIATO DALL'UNIONE EUROPEA