Schema domanda allegato alla D.D. n. 233 del 21/05/2021

All’Agenzia ARLAB

Pec: [protocollo@pec.lab.regione.basilicata.it](mailto:protocollo@pec.lab.regione.basilicata.it)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| AVVISO PUBBLICO  PO FSE 2014/2020 Asse 1 – O.S. 8.5  D.G.R. n. 94/2021  **Occupazione e sostegno a soggetti in difficoltà per la partecipazione a percorsi di orientamento e tirocini di inserimento/reinserimento** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DOMANDA DI PARTECIPAZIONE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Con riferimento all’Avviso Pubblico dell’Agenzia ARLAB per la formazione della graduatoria finalizzata all’attivazione di percorsi di orientamento e tirocini,  **dichiara ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Sezione 1.** | | **ANAGRAFICA** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Il sottoscritto/a | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Codice Fiscale | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| Nato/a a |  | | | | | | | | | | | Prov. | | | | il | | | |
| Residente |  | | | | | | | | | | | Prov | | | | CAP | | | |
| Via | | | | | | | | | | | | | | | | N. | | | |
| e-mail | | | | | pec | | | | | | | | Tel. | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domiciliato[[1]](#footnote-1) |  | | | | | | | | | | | Prov. | | | | CAP | | | |
| Via | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CHIEDE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Di essere ammesso a partecipare all’Avviso Pubblico “Occupazione e sostegno a soggetti in difficoltà” per l’attuazione di percorsi di orientamento e tirocini di inserimento/reinserimento. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DICHIARA DI** (*Barrare le sole voci di interesse*) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * essere iscritto come disoccupato nelle liste anagrafiche del Centro per l’Impiego di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * non essere percettore di trattamento di disoccupazione (NASPI, DIS-COLL, ect…) * non essere titolare di pensione * essere stato collocato in mobilità nell’anno 2016 o 2017 dall’azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e non aver poi fruito della mobilità in deroga * essere in possesso di attestazione ISEE pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **allegata** alla presente domanda * essere in possesso del seguente/i titolo/i di studio o qualifica professionale  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Titolo di studio[[2]](#footnote-2)** | **Denominazione dell’istituto** | **Conseguito**  **nell’anno** | |  |  |  | |  |  |  |  * aver frequentato corsi di formazione professionale riconosciuti *(in caso affermativo specificare)[[3]](#footnote-3)*  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Ente/Organismo di formazione** |  | | | **Periodo di riferimento e durata in ore** |  |  | | **Profilo professionale** |  | |  * non essere titolare di altre misure di politica attiva cofinanziate o finanziate da fondi pubblici; * partecipare ad interventi finanziati di cui è ammesso il cumulo *(in caso affermativo specificare)*  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Denominazione Programma |  | **Indennità** | | | Periodo e durata |  | 🞎 SI | 🞎 NO | | Misura fruita |  | | Mansioni svolte |  |  * essere a conoscenza che non possono essere attivati tirocini per lo stesso profilo professionale già conseguito attraverso un precedente tirocinio extra curriculare eventualmente svolto * sapere che non sono attivabili tirocini presso un soggetto ospitante con il quale ha già avuto un rapporto di lavoro o una collaborazione anche occasionale, per lo stesso profilo * **non essere** iscritto nelle liste del collocamento obbligatorio (Legge 68/99)   **oppure**   * **essere** iscritto nelle liste del collocamento obbligatorio (Legge 68/99) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sezione 2.** | **TIROCINIO** |
| ESPRIME IL PROPRIO INTERESSE AD EFFETTUARE UN TIROCINIO NEI SEGUENTI SETTORI DI ATTIVITA’   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **PRIORITA’** | **SETTORE ECONOMICO** | **MANSIONE** | |  | AGRICOLTURA |  | |  | ALIMENTARI E BEVANDE |  | |  | AUTOMOTIVE |  | |  | CARTA |  | |  | CHIMICO E FARMACEUTICO |  | |  | COMMERCIO |  | |  | COSTRUZIONI |  | |  | ELETTRONICA |  | |  | AMBIENTE/ENERGIA |  | |  | ESTRAZIONI |  | |  | FINANZIARIO(ASSICURATIVO |  | |  | GOMMA E PLASTICA |  | |  | IMMOBILIARE |  | |  | INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE |  | |  | LEGNO E MOBILI |  | |  | METALLURGIA |  | |  | RICETTIVITA’ TURISTICA |  | |  | RISTORAZIONE |  | |  | SANITA’ |  | |  | SERVIZI AVANZATI ALLE IMPRESE |  | |  | SERVIZI TURISTICI |  | |  | TESSILE E ABBIGLIAMENTO |  | |  | TRASPORTI |  | |  | ALTRO (SPECIFICARE) |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | Disponibile alla mobilità geografica fuori dal comune di residenza: | | | | 🞎 NO | 🞎 SI, entro KM \_\_\_\_\_\_\_ | Altro (Specificare):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sezione 3** | **AUTORIZZAZIONI AL TRATTAMENTO DEI DATI E DICHIARAZIONE** |
| * *Il/la sottoscritt\_\_ in conformità al* *General Data Protection Regulation n.679/2016 (GDPR) del Parlamento e del Consiglio europeo che ha comportato la modifica e l’aggiornamento del D.lgs. n.196 del 30 giugno 2003 sulla tutela della privacy, autorizza l’Agenzia ARLAB al trattamento dei dati forniti (si veda informativa)* * *Il/La sottoscritt\_\_ attesta l’autenticità delle informazioni riportare nella presente domanda e dichiara di essere consapevole, che, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n°445/2000, le dichiarazioni rese e sottoscritte nella presente domanda, hanno valore di dichiarazione sostitutiva di certificazione o dell’atto di notorietà. Per ipotesi di falsità e dichiarazioni mendaci, si applicano le sanzioni penali cui fa rinvio l’art. 76 del medesimo DPR. L’Amministrazione procederà ai controlli sulle veridicità delle dichiarazioni sostitutive, previsti dall’art. 71 del DPR citato;* * ***ALLEGA:***  1. **🞏 Fotocopia di un documento di riconoscimento** 2. **🞏 Attestazione ISEE dei redditi del nucleo familiare, ai sensi del D.P.C.M. n. 159/2013**   *Luogo e data*  *Firma leggibile del candidato*  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |

1. Compilare solo se diverso dal luogo di residenza [↑](#footnote-ref-1)
2. In caso di possesso di diploma di Laurea indicare anche il titolo di scuola superiore di II grado. [↑](#footnote-ref-2)
3. Ripetere per ogni corso di formazione frequentato. [↑](#footnote-ref-3)