

All'Agenzia ARLAB

protocollo@pec.lab.regione.basilicata.it

AVVISO PUBBLICO

FESR FSE+ BASILICATA 2021 – 2027 – DGR 492/2024

Servizi e misure di politica attiva: Orientamento e tirocini a favore di disoccupati di lunga durata

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 DPR n. 445/2000

| Sezione 1 | | ANAGRAFICA | | | | | | | | | | | |
|-------------------|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|----|--|----|----|
| Il sottoscritto/a | | | | | | | | | | | | | |
| Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | |
| Nato/a | | | | | | | | | | PR | | il | |
| Residente a | | | | | | | | | | | | | PR |
| Indirizzo | | | | | | | | | | | | | |
| Telefono | | | | | | | | | | | | | |
| E_mail | | | | | | | | | | | | | |
| PEC | | | | | | | | | | | | | |
| Domiciliato | | | | | | | | | | | | | |
| Residente a | | | | | | | | | | | | | PR |
| Indirizzo | | | | | | | | | | | | | |

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare all'Avviso Pubblico

| DICHIARA | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | essere iscritto come disoccupato nelle liste anagrafiche del Centro per l'Impiego di _____ |
| <input type="checkbox"/> | non essere percettore di trattamento di disoccupazione (NASPI, DIS-Coll, ecc..) |
| <input type="checkbox"/> | non essere titolare di pensione |
| <input type="checkbox"/> | non essere titolare di altre misure di politica attiva cofinanziate o finanziate da fondi pubblici |

essere in possesso del seguente titolo di studio (**in caso di diploma di Laurea indicare anche il titolo di scuola superiore di II grado**)

- Licenza media
- Titolo di istruzione secondaria di II grado che **NON PERMETTE** l'accesso all'Università.
Specificare: _____
- Diploma di istruzione secondaria di II grado che **PERMETTE** l'accesso all'Università
Specificare: _____
- Qualifica professionale regionale post-diploma, certificato di specializzazione tecnica superiore (IFTS)
Specificare: _____
- Diploma tecnico superiore
Specificare: _____
- Laurea di I Livello (triennale)
Specificare: _____
- Laurea Magistrale
Specificare: _____
- Altro
Specificare: _____

Aver frequentato corsi di formazione

Specificare: _____

essere a conoscenza che non possono essere attivati tirocini per lo stesso profilo professionale già conseguito attraverso un precedente tirocinio extracurricolare eventualmente svolto

essere a conoscenza che non sono attivabili tirocini presso un soggetto ospitante con il quale si è già avuto un rapporto di lavoro o una collaborazione anche occasionale, per lo stesso profilo

essere iscritto nelle liste del collocamento obbligatorio (Legge 68/99)

oppure

NON essere iscritto nelle liste del collocamento obbligatorio (Legge 68/99)

Il sottoscritto esprime il proprio interesse ad effettuare un tirocinio nei seguenti settori di attività:

| SETTORE ECONOMICO | | | | | |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|----|-------------------------------|--------------------------|
| 1 | AGRICOLTURA | <input type="checkbox"/> | 13 | IMMOBILIARE | <input type="checkbox"/> |
| 2 | ALIMENTARI E BEVANDE | <input type="checkbox"/> | 14 | INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE | <input type="checkbox"/> |
| 3 | AUTOMOTIVE | <input type="checkbox"/> | 15 | LEGNO E MOBILI | <input type="checkbox"/> |
| 4 | CARTA | <input type="checkbox"/> | 16 | METALLURGIA | <input type="checkbox"/> |
| 5 | CHIMICO E FARMACEUTICO | <input type="checkbox"/> | 17 | RICETTIVITA' TURISTICA | <input type="checkbox"/> |
| 6 | COMMERCIO | <input type="checkbox"/> | 18 | RISTORAZIONE | <input type="checkbox"/> |
| 7 | COSTRUZIONI | <input type="checkbox"/> | 19 | SANITA' | <input type="checkbox"/> |
| 8 | ELETTRONICA | <input type="checkbox"/> | 20 | SERVIZI AVANZATI ALLE IMPRESE | <input type="checkbox"/> |
| 9 | AMBIENTE/ENERGIA | <input type="checkbox"/> | 21 | SERVIZI TURISTICI | <input type="checkbox"/> |
| 10 | ESTRAZIONI | <input type="checkbox"/> | 22 | TESSILE E ABBIGLIAMENTO | <input type="checkbox"/> |
| 11 | FINANZIARIO/ASSICURATIVO | <input type="checkbox"/> | 23 | TRASPORTI | <input type="checkbox"/> |
| 12 | GOMMA E PLASTICA | <input type="checkbox"/> | 24 | ALTRO (SPECIFICARE) _____ | <input type="checkbox"/> |

Disponibile alla mobilità geografica fuori dal comune di residenza

SI Entro KM n. _____ NO

AUTORIZZAZIONI AL TRATTAMENTO DEI DATI

- Il/La sottoscritto/a 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
- Il/La sottoscritto/a attesta l'autenticità delle informazioni riportate 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 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 a controlli sulle veridicità delle dichiarazioni sostitutive, previsti dall'art. 71 del DPR citato.

ALLEGA (PENA L'ESCLUSIONE)

FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA'

Luogo e data

Firma
