



Unione europea
Fondo sociale europeo



**MINISTERO DEL LAVORO
E DELLE POLITICHE SOCIALI**

Ufficio Centrale per l'Orientamento e
la Formazione Professionale dei Lavoratori



Regione Liguria



Comunità Montana
Valli Stura e Orba



Comunità Montana Argentea

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'INTERVENTO

**“ADDETTI ALLE LAVORAZIONI TRADIZIONALI E DI BASE DEL
LEGNO”**

(cod. P-A-02)

Il/La sottoscritto/a _____

Noto/a il | | | - | | | - | | | | | a _____ ()

Stato _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CHIEDE

Di essere iscritto/a a frequentare/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"/>

2. dichiara di aver negli ultimi due anni frequentato e interrotto un corso di studi senza conseguire il titolo: *(indicare il tipo di scuola eventualmente abbandonata)*

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

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

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

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 di avere intenzione di: (se l'intervento in particolare è per la creazione d'impresa)

1	Avviare nuova impresa in zona ob. 2 2000 - 2006	<input type="checkbox"/>
2	Avviare nuova impresa NON in zona ob. 2 2000 - 2006	<input type="checkbox"/>

Dichiara altresì

Dichiara infine:

- di essere a conoscenza che l'assegnazione al corso è subordinata al superamento di apposita selezione e relativa graduatoria sarà affissa all'albo dell'Ente/CPFP/Azienda e che la frequenza al corso resta condizionata all'esito di visite mediche di idoneità, svolte nei casi e con le modalità previste dalle leggi vigenti;
- di aver letto la scheda informativa di dettaglio ovvero il bando relativo al corso e di accettarne integralmente il contenuto

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 alla Comunità Montana Valli Stura e Orba, Via Convento 8 Campo Ligure (GE) (Responsabile Dott.ssa Renata Duberti – Segretario Generale) per limitare l'uso dei dati conferiti e il loro inserimento in indirizzi, 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 _____