AL COMUNE DI CASTELNUOVO DI PORTO

Area V – Politiche Educative, giovanili e socio-sanitarie – Partecipazione attiva

**Domanda di partecipazione alla selezione per il progetto “Strumenti per il lavoro anno 2019” rivolto a n. 10 utenti che intendano intraprendere il percorso di auto impresa.**

**DATI DEL RICHIEDENTE – Compilazione obbligatoria**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nato/a il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/

A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° civico\_\_\_\_\_\_\_\_Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Documento n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

**Chiede**

di partecipare alla selezione per essere inserito nel progetto **"Strumenti per il lavoro anno 2018".**

**A tal fine dichiara**

**Ai sensi dell’art. 46 del D.P.R.445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000:**

* di essere disoccupata/inoccupata;

di avere già effettuato un accesso allo Sportello politiche attive per il Lavoro del Comune di Castelnuovo di Porto;

di non avere già effettuato un accesso allo Sportello politiche attive per il Lavoro del Comune di Castelnuovo di Porto;

* di essere consapevole che le domande dovranno pervenire entro e non oltre il termine del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pena l’esclusione;
* di essere consapevole che non verranno accettate istanze corredate da ISEE con difformità/incongruità;
* di essere consapevole che potrà essere presentata una sola domanda per nucleo familiare;
* **di essere a conoscenza che saranno effettuati controlli in merito alle dichiarazioni rese;**
* di essere motivato alla ricerca attiva del lavoro e di valutare eventuali proposte lavorative che dovessero emergere dalle opportunità del progetto;
* **di essere consapevole che il numero di potenziali beneficiari del progetto è pari a 10 e che a parità di punteggio si terrà conto dell’ordine di arrivo al protocollo generale dell’ente comunale sito in Piazza Vittorio Veneto n. 16;**

Di non essere iscritto/a al Registro delle Imprese delle Camere di Commercio italiane;

Di essere iscritto/a al Registro delle Imprese delle Camere di Commercio italiane da meno di sei mesi

* Di non essere attualmente destinatario/a di progetti di formazione finanziati dalla Regione Lazio o da altri Enti pubblici;

**ALLEGA AL MODELLO COMPILATO PENA ESCLUSIONE:**

* Fotocopia del documento d’identità e per i cittadini non comunitari permesso di soggiorno in  
  corso di validità;
* Attestazione ISEE ( Indicatore della Situazione Economica Equivalente) in corso di validità;
* Certificato rilasciato dal medico curante che attesti l’idoneità psicofisica all’inserimento nel progetto;
* Allegato A debitamente compilato e firmato

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – Nota informativa per la privacy ai sensi del D.Lgs 196/2003 ss.mm.ii. (“Codice in materia di protezione dei dati personali”).**

Si informa che i dati personali comunicati saranno trattati al solo scopo di procedere all’istruttoria della pratica, con strumenti informatici e cartacei idonei a garantirne la riservatezza e la sicurezza. Per trattamento si intende la raccolta, registrazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione, distribuzione dei dati personali, ovvero la combinazione di due o più di tali operazioni.  
Tali dati verranno trattati esclusivamente per finalità connesse e strumentali esclusivamente all’attività del servizio utilizzando strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza. I dati potranno inoltre essere trattati anche da Enti pubblici, società, strutture, Associazioni ecc. coinvolti nelle attività.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***ALLEGATO A***

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nato/a il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/

A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ai sensi dell’art. 46 del D.P.R.445/2000 sotto la propria responsabilità**  
**Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso**  
**di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000**

**AI FINI DELLA VALUTAZIONE DELLA DOMANDA E DELL’ATTRIBUZIONE DEI PUNTEGGI PER LA SELEZIONE**

**DICHIARA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SITUAZIONE ECONOMICA** **(ISEE anno 2019)** | | |
| ISEE pari a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **SITUAZIONE FAMILIARE** | | |
| Presenza all’interno del nucleo familiare di minori | | Indicare il numero di minori\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nucleo monogenitoriale con figli minori | |  |
| Adulto solo privo di rete familiare di supporto | |  |
| Presenza di coniuge anziano e non autosufficiente | |  |
| **DISABILITA’** | | | |
| Presenza di invalido con disabilita’ superiore  Al 75 % (percettore di pensione di invalidità) | | Indicare n. di persone affette da disabilità  certificata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Indicare se percepisce indennità di accompagno | |
| Presenza di invalido con disabilita’ inferiore  Al 75 % (non percettore di pensione di invalidità) | | Indicare n. di persone affette da disabilità  certificata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

|  |
| --- |
| Di essere iscritto al centro per l’impiego dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Di non essere iscritto al centro per l’impiego   Di aver effettuato accesso allo Sportello del Lavoro di Umana presso il Comune di Castelnuovo di Porto   Di non aver effettuato accesso allo Sportello del Lavoro di Umana presso il Comune di Castelnuovo di Porto  Di essere disoccupata/inoccupata dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_