



Unione europea
Fondo sociale europeo



SCHEDA PARTECIPANTE

Soggetto Attuatore ECIPAR BOLOGNA SOC. CONS. A R.L. VIA CORTICELLA, 186 40128 Bologna (BO)	Cod. Org. 888	Rif PA 2019-11724/RER Pg 3 Ed 4
--	-------------------------	--

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445)

IL SOTTOSCRITTO

Nome	Cognome	Nato il	A	Pr
------	---------	---------	---	----

Codice Fiscale	Sesso M F O O	Cittadinanza	Cellulare	E-Mail
----------------	---------------------	--------------	-----------	--------

Residente a:

Indir.	CAP	Comun e	Pr	Telefon o
--------	-----	------------	----	--------------

Se il domicilio attuale è diverso dalla residenza:

Indir.	CAP	Comun e	Pr	Telefon o
--------	-----	------------	----	--------------

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA:

✓ Di essere in possesso del Titolo di studio di:

<input type="checkbox"/>	1	Nessun titolo
<input type="checkbox"/>	2	Licenza elementare/attestato di valutazione finale
<input type="checkbox"/>	3	Licenza media/avviamento professionale
<input type="checkbox"/>	4	Titolo di istruzione secondaria di II grado (scolastica o formazione professionale) che non permette l'accesso all'università
<input type="checkbox"/>	5	Diploma di istruzione secondaria di II grado che permettel'accesso all'università
<input type="checkbox"/>	6	Qualifica professionale regionale post-diploma, certificato di specializzazione tecnica superiore
<input type="checkbox"/>	7	Diploma di tecnico superiore (ITS)
<input type="checkbox"/>	8	Laurea di I livello (triennale), diploma universitario, diploma accademico di I livello (AFAM)
<input type="checkbox"/>	9	Laurea magistrale/specialistica di II livello, diploma di laurea del vecchio ordinamento (4-6 anni)
<input type="checkbox"/>	10	Titolo di dottore di ricerca

✓ Di essere nella seguente Condizione occupazionale:

<input type="checkbox"/>	1	In cerca di prima occupazione (ha fornito dichiarazione e ha in corso di validità la dichiarazione)
<input type="checkbox"/>	2	Occupato (compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica e chi è in CIG)
<input type="checkbox"/>	3	Disoccupato alla ricerca di nuova occupazione (o iscritto alle liste di mobilità)
<input type="checkbox"/>	4	Studente
<input type="checkbox"/>	5	Inattivo diverso da studente (casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in servizio di leva o servizio civile, in altra condizione)

✓ Durata ricerca occupazione (solo se non occupato):

<input type="checkbox"/>	1	Fino a 6 mesi (<=6)
<input type="checkbox"/>	2	Da 6 a 12 mesi
<input type="checkbox"/>	3	Da 12 mesi e oltre (>12)
<input type="checkbox"/>	4	Non disponibile

✓ **Di avere in essere la seguente Tipologia di contratto di lavoro (solo se occupato):**

<input type="checkbox"/>	1	Lavoro a tempo indeterminato (compresi lavoratori in (CIGO)
<input type="checkbox"/>	2	Lavoro a tempo determinato (compresi lavoratori in (CIGO)
<input type="checkbox"/>	3	Lavoratore in CIGS
<input type="checkbox"/>	4	Apprendistato per la qualificazione professionale e per il diploma professionale
<input type="checkbox"/>	5	Apprendistato professionalizzante
<input type="checkbox"/>	6	Apprendistato di alta formazione e ricerca
<input type="checkbox"/>	7	Contratti di somministrazione
<input type="checkbox"/>	8	Lavoro occasionale/lavoro a progetto/collaborazione coordinata e continuativa
<input type="checkbox"/>	9	Lavoro autonomo
<input type="checkbox"/>	10	Imprenditore (titolare società di persone, impresa individuale, titolari e soci di studi professionali...)

✓ **Tipo di svantaggio:**

<input type="checkbox"/>	1	Appartenente a famiglia i cui componenti sono senza lavoro, senza figli a carico
<input type="checkbox"/>	2	Appartenente a famiglia i cui componenti sono senza lavoro e con figli a carico
<input type="checkbox"/>	3	Adulto single, senza lavoro e con figli a carico (senza altri componenti adulti nel nucleo)
<input type="checkbox"/>	4	Adulto single, lavoratore e con figli a carico (senza altri componenti adulti nel nucleo)
<input type="checkbox"/>	5	Persona con disabilità certificata ai sensi della legge 104/92
<input type="checkbox"/>	6	Persona con disagio in carico ai servizi sociali o sanitari
<input type="checkbox"/>	7	Persona con disabilità iscritta al collocamento mirato
<input type="checkbox"/>	8	Persona richiedente asilo, titolare di protezione internazionale o umanitaria...
<input type="checkbox"/>	9	Minore straniero non accompagnato richiedente i asilo
<input type="checkbox"/>	10	Migranti: Extracomunitari
<input type="checkbox"/>	11	Migranti: Altri migranti
<input type="checkbox"/>	12	Minoranze linguistiche, etniche, religiose..(comprese le comunità emarginate come i rom)
<input type="checkbox"/>	13	Persona inquadrabile nei fenomeni di nuova povertà (leggi di settore)
<input type="checkbox"/>	14	Persona tossicodipendente o ex tossicodipendente
<input type="checkbox"/>	15	Persona detenuta o ex detenuta
<input type="checkbox"/>	16	Persona senza dimora o colpita da esclusione abitativa
<input type="checkbox"/>	17	Persona con altra tipologia di svantaggio
<input type="checkbox"/>	18	Persona che non presenta alcuna tipologia di svantaggio
<input type="checkbox"/>	19	Vittima di violenza, di tratta di grave sfruttamento

✓ **Di ricoprire in Azienda il ruolo/Funzione di seguito riportato:**

--

✓ **Di lavorare per la seguente AZIENDA:**

Ragione sociale Azienda		Cod. Ateco Settore	Partita IVA	C. F.
Forma giuridica		Dimensione azienda	Azienda soggetta all'art.17 legge 68/99	N° persone ai sensi dell'allegato 1 Reg. Ue n.651/2014
Fatturato _____ Anno di riferimento _____		<input type="checkbox"/> Piccola <input type="checkbox"/> media <input type="checkbox"/> grande	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Sede Legale				
Indirizzo	CAP	Comune	Pr	Telefono /
Sito	E-mail		Fax	

Dati del Legale rappresentante

Nome	Cognome	Data di nascita	Comune di Nascita	Pr
------	---------	-----------------	-------------------	----

Codice Fiscale	Sesso
	M F
	O O

Residenza

Indirizzo	CAP	Comune	Pr	Telefono /
-----------	-----	--------	----	------------

ALTRESI' DICHIARA:

✓ **Di partecipare all'iniziativa formativa sopraindicata.**

Luogo e Data _____

Firma _____

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e può essere inviata anche con le modalità indicate nell'art.38 del D.P.R. n. 445/2000.

INFORMATIVA PRIVACY

Si informa l'Utente che i dati sopra trattati saranno utilizzati solo ed esclusivamente ai fini del rapporto contrattuale instaurato fra le Parti.

Il titolare del trattamento dei dati personali è Ecipar Bologna Scarl – Via Corticella, 186 – 40128 BOLOGNA (BO) tel.: 051 4199711, e-mail: ecipar@bo.cna.it.

I dati sopra rappresentati verranno conservati per un periodo di 10 anni dalla ultimazione del corso e dalla consegna dell'attestato professionale.

I dati verranno trattati principalmente con strumenti manuali e/o informatici, con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate. Anche in caso di dati trattati telematicamente, verranno adottate misure di protezione idonee, quali backup, password, anti-virus, ecc.

All'Utente sono riconosciuti i seguenti diritti: a conoscere in qualunque momento i dati che lo riguardano, sapere come sono stati acquisiti, le finalità e le modalità di trattamento, la logica applicata in caso di trattamento con strumenti elettronici e le relative modalità di conservazione, il titolare, i soggetti o categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza. L'interessato ha diritto di ottenere l'aggiornamento, la cancellazione totale o parziale, la rettificazione o l'integrazione dei dati se nel suo interesse, e di far valere ogni altro diritto che li riguardi, compresa la revoca dell'autorizzazione al loro trattamento.

La richiesta rivolta al titolare può essere trasmessa alternativamente ai seguenti indirizzi: e-mail ecipar.bologna@cert.cna.it, telefax 051 321096, lettera raccomandata all'indirizzo Ecipar Bologna Scarl – Via Corticella, 186 – 40128 BOLOGNA (BO).

Al ricevimento della suddetta richiesta il titolare si impegna a provvedere alla cancellazione anche da eventuali archivi, consentendo la verifica in remoto all'utente.

Il Partecipante dichiara di essere a conoscenza e di nulla avere a contestare formulando espresso consenso al trasferimento dei dati a terzi quali Associazione CNA Bologna, CNA Servizi e/o società da queste controllate e partecipate, per scopi di informativa professionale e/o promozionale.

Do il consenso al trasferimento dei dati ai terzi

Non do il consenso al trasferimento dei dati ai terzi

Firma
