

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE E AUTOCERTIFICAZIONE DEI REQUISITI

(ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)



DATA _____

La/il sottoscritta/o **NOME** _____ **COGNOME** _____ F M

Nata/o a: _____ Prov: _____ il: _____ Cittadinanza _____

Cod.Fisc. _____

Residente a: _____ Prov: _____ CAP _____ Via: _____ n° _____

Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

Domicilio attuale (se diverso dalla residenza): Città _____ Prov: _____

via: _____ n° _____

CHIEDE DI ESSERE AMMESSA/O ALLA PARTECIPAZIONE AL CORSO



Progetto n. _____ Titolo: _____

COMPETENZE DIGITALI PER L'OCCUPABILITA': OPPORTUNITA' PER IL FUTURO DEL LAVORO

Operazione Rif. PA **2023-20166/RER** approvata con Delibera di Giunta Regionale n.1925/2023 del 13/11/2023 e

cofinanziata con risorse del Fondo sociale europeo Plus 1. Occupazione

Sede di realizzazione: Cescot Ravenna Srl, Piazza Bernini 7, Ravenna (RA) - 48124

✓ Di essere in possesso del seguente titolo di studio (barrare la casella e indicare fra i CODICI nell'elenco in pagina successiva)

A QUESTO FINE DICHIARA

Tipo di Diploma / Laurea _____

Conseguito presso l'istituto _____ nell'anno _____

✓ Di essere nella seguente situazione occupazionale (barrare il numero relativo alla situazione e il dettaglio);

CONDIZIONE OCCUPAZIONALE

1 **In cerca di prima occupazione (DID – Dichiarazione di Immediata Disponibilità al lavoro – in corso di validità)**

2 **Disoccupata/o** alla ricerca di nuova occupazione (o iscritto alle liste di mobilità)

Durata ricerca occupazione:

- Fino a 6 mesi (<=6)
- Da 6 mesi a 12 mesi
- Da 12 mesi e oltre (>12)
- Non disponibile

Iscritta/o al Centro per l'impiego? SI NO

Se SI, Dove? _____

Da quale data? _____

Inserito/a nel Cluster "Percorso 1 - Reinserimento occupazionale" SI NO

3 **Studente**

4 **Inattiva/o**, diverso da studente (es. non ha mai fornito DID, ritirato/a dal lavoro, in servizio di leva o civile)

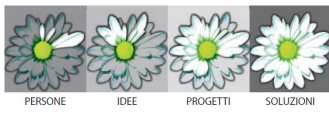
CONOSCENZA LINGUA ITALIANA (SOLO PER UTENZA STRANIERA)

SI NO

✓ Di essere Informata/o che il corso si rivolge a persone che sono in possesso dei seguenti:

Requisiti formali, residenza / domicilio in Emilia- Romagna in data antecedente la richiesta di partecipazione - assolvimento l'obbligo d'istruzione e il diritto dovere all'istruzione e formazione

- **persone non occupate;**
- **persone che in esito al percorso di assesment, nella responsabilità di un operatore di un Centro per l'Impiego, siano rientrate nel cluster "Percorso 1 - Reinserimento occupazionale".**



DOMANDA DI PARTECIPAZIONE E AUTOCERTIFICAZIONE DEI REQUISITI

(ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)



Requisiti sostanziali: _____

Si richiede, in alternativa, di aver preso parte ai percorsi di livello base dell'Operazione.

- ✓ Di rientrare tra i soggetti in possesso dei requisiti sopra indicati e di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione dei requisiti entro la data di avvio delle attività;
- ✓ Di accettare di fornire documenti comprovanti le informazioni fornite, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 su richiesta di Cescot Ravenna e degli Enti finanziatori del progetto;
- ✓ Di essere consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000;
- ✓ Di essere a conoscenza del fatto che la data di inizio del corso è fornita a puro titolo indicativo. Cescot Ravenna si riserva, qualora non sia raggiunto il numero minimo di partecipanti, di posticipare la data di inizio, qualora sorgano particolari problemi organizzativi, di non effettuare il corso.
- ✓ Di essere informata che i suoi dati personali saranno trattati da Cescot Ravenna per l'esecuzione del contratto secondo quanto indicato nell'informativa privacy.

Ai sensi dell'art. 38 del DPR n. 445 del 28.12.2000 **si allega alla presente, copia fronte retro del seguente documento di identità**, in corso di validità, del sottoscrittore:

tipo _____ n. _____ emesso il _____ da _____

Data _____

Firma _____

Il/la sottoscritto/a _____, dichiara di aver letto l'**Informativa Privacy** in merito al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.13 e 14 del Reg. UE 679/2016 (allegata) e che il suo consenso:

è prestato è negato alla eventuale pubblicazione di riprese fotografiche e/o video e di non avere nulla a pretendere.

Data _____

Firma _____

Le chiediamo cortesemente di informarci di come ha saputo del corso (anche più opzioni):

- | | |
|--|--|
| 1 - <input type="checkbox"/> Social network (Facebook, Instagram, LinkedIn, ...) | 8 - <input type="checkbox"/> Lettera/depliant personale (tramite e-mail o posta) |
| 2 - <input type="checkbox"/> Email mirata | 9 - <input type="checkbox"/> Confesercenti |
| 3 - <input type="checkbox"/> SMS | 10 - <input type="checkbox"/> Passaparola |
| 4 - <input type="checkbox"/> Centri di informazione: _____ | 11 - <input type="checkbox"/> Radio/televisione: _____ |
| 5 - <input type="checkbox"/> Inserzioni sul giornale: _____ | 12 - <input type="checkbox"/> Internet: _____ |
| 6 - <input type="checkbox"/> Manifesti | 13 - <input type="checkbox"/> Corsi o seminari |
| 7 - <input type="checkbox"/> Telefonata informativa | 14 - <input type="checkbox"/> altro: _____ |

CODICE	DESCRIZIONE TITOLO DI STUDIO
0	NESSUN TITOLO
1	LICENZA ELEMENTARE/ATTESTATO DI VALUTAZIONE FINALE
2	LICENZA MEDIA /AVVIAMENTO PROFESSIONALE
3	TITOLO DI ISTRUZIONE SECONDARIA DI II GRADO (SCOLASTICA O FORMAZIONE PROFESSIONALE) CHE NON PERMETTE L'ACCESSO ALL'UNIVERSITÀ
4	DIPLOMA DI ISTRUZIONE SECONDARIA DI II GRADO CHE PERMETTE L'ACCESSO ALL'UNIVERSITÀ
5	QUALIFICA PROFESSIONALE REGIONALE POST-DIPLOMA, CERTIFICATO DISPECIALIZZAZIONE TECNICA SUPERIORE (IFTS)
6	DIPLOMA DI TECNICO SUPERIORE (ITS)
7	LAUREA DI I LIVELLO (TRIENNALE), DIPLOMA UNIVERSITARIO, DIPLOMA ACCADEMICO DI I LIVELLO (AFAM)
8	LAUREA MAGISTRALE/SPECIALISTICA DI II LIVELLO, DIPLOMA DI LAUREA DEL VECCHIO ORDINAMENTO (4-6 ANNI), DIPLOMA ACCADEMICO DI II LIVELLO
9	TITOLO DI DOTTORE DI RICERCA