



**Programma Operativo Regionale FSE 2014 - 2020
Regione Autonoma della Sardegna
CCI 2014IT05SFOP021**

**Asse prioritario 2 – Inclusione sociale e lotta alla povertà
Obiettivo specifico 9.2 “Incremento dell’occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro” –
Azione 9.2.2 “Interventi di presa in carico multi professionale finalizzati all’inclusione lavorativa di persone
maggiormente vulnerabili e a rischio di discriminazione”**



**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
9.2.2 Linea 2
Sede di OLBIA**

Il/La sottoscritto/a:	
Luogo di nascita:	
Codice fiscale:	
Indirizzo di residenza:	
Indirizzo di domicilio:	
Recapiti telefonici (è obbligatorio indicare un numero di cellulare):	
E – mail (è obbligatorio indicare un indirizzo mail):	

CHIEDE DI PARTECIPARE AL PERCORSO INTEGRATO CHE PREVEDE

FASE 1: Presa in carico di gruppo

FASE 2: Presa in carico individuale

FASE 3: Formazione per la Certificazione di competenza del seguente corso:

	Corso	N° ore	Sede	N° partecipanti
<input checked="" type="checkbox"/>	AdA/UC 1407/449 Riparazione o sostituzione di carrozzeria, telaio o cristalli dell'autoveicolo	100	Olbia	14



Sede Olbia: via Galvani, 64 - 07026 Olbia
3476271575 propileiolbia@ialsardegna.cloud
www.ialsardegna.it

FASE 4: Accompagnamento al lavoro di gruppo

E DICHIARA,

consapevole delle responsabilità civili e penali cui va incontro in caso di false dichiarazioni ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e degli articoli 75 e 76 del Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa.

- di essere soggetto svantaggiato ai sensi dell'art. 4 della Legge n. 381/1991 e successive modificazioni
- di essere persona disabile ai sensi dell'art. 3 comma 1 della Legge 5 febbraio 1992 n. 104
- di essere soggetto vulnerabile e a rischio di discriminazione
- di essere preso/a in carico dai servizi sociali
- di essere disoccupato di lunga durata
- di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____

A TAL FINE ALLEGA

- Documento di identità
- Scheda anagrafica del CPI di riferimento (solo per i disoccupati di lunga durata)

Luogo e data _____ Firma _____

Legge sulla privacy - INFORMATIVA. Lo IAL Sardegna ai sensi del D.Lgs n. 196/2003, la informa che i dati personali forniti potranno formare oggetto di trattamento, nel rispetto della normativa sopra richiamata. Per trattamento di dati personali si intende la loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distribuzione ovvero la combinazione di due o più di tali operazioni. La informiamo altresì che, in relazione ai predetti trattamenti, lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs n. 196/2003. L'eventuale rifiuto a fornirci i suoi dati personali e a darci l'autorizzazione per il trattamento di cui sopra comporta l'impossibilità dell'ammissione al Progetto.

Consenso. Con la firma apposta sulla presente si manifesta il proprio consenso, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, ad utilizzare i dati qui forniti, nel rispetto delle norme di sicurezza e di segretezza professionale per le seguenti finalità: trattamento ai fini di elaborazione ed analisi, comunicazioni agli Enti pubblici o privati per rispettare gli obblighi di legge o per avviare e gestire attività formative, invio di materiale e comunicazioni riguardo azioni formative. Con la firma apposta sulla presente, inoltre, autorizza il personale dello IAL Sardegna espressamente incaricato ad avere accesso ai dati relativi alla valutazione, nel rispetto delle norme di sicurezza e di segretezza professionale, ai soli fini dell'attività concordata. Il consenso qui espresso ha validità fino a contraria comunicazione scritta e firmata del sottoscritto.

Autorizzo il trattamento dei dati personali per le finalità legate all'Avviso, ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003 (Codice Privacy) e degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR 2016/679), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Luogo e data _____ Firma _____