**Allegato 10**

##### Scheda di iscrizione all’intervento

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**SCHEDA DI ISCRIZIONE ALL’INTERVENTO**

*(da utilizzare per gli interventi rivolti alle persone)*

**Compilazione a cura del Soggetto attuatore** *(compilare una scheda per ogni richiedente)*

1. ***Identificazione dell’intervento***

|  |  |
| --- | --- |
| Titolo dell’intervento | **ADDETTO ALLA POSA DI SISTEMI IMPERMEABILIZZANTI** |
| Codice dell’intervento | *ARGE22-1122-2031/2/1* |
| Fondo *(specificare se si tratta di FSE + o di altre fonti di finanziamento)* | *Programma Regionale FSE + 2021-2027* |
| Priorità – Obiettivo specifico | *Priorità 1 Occupazione, obiettivo specifico ESO4.1.* |
| Soggetto attuatore | *Ente Scuola e Sicurezza in Edilizia della Città Metropolitana di Genova – E.S.S.E.G.* |
| Sede dell’intervento | *Via Borzoli 61A/B Genova* |

1. ***Indicare il criterio utilizzato nella selezione dei destinatari:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Selezione in base alle attitudini e alla motivazione | **X** |
| 2 | Selezione in base alle competenze/skills |  |
| 3 | Selezione in base all’ordine di arrivo delle domande d’iscrizione |  |
| 4 | Nessuna selezione |  |
| 5 | Utenza predeterminata: ……………………………………………….…………..……….. (specificare) |  |
| 6 | Altro: ………………………………………………………………………………………….. (specificare) |  |

1. ***A seguito della selezione, il richiedente è:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Ammesso all’intervento |  |
| 2 | Non ammesso all’intervento |  |

**Compilazione a cura del destinatario** *(compilare una scheda per ogni singolo destinatario)*

**SCHEDA DI ISCRIZIONE ALL’INTERVENTO**

*(da utilizzare per gli interventi rivolti alle persone)*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/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 agli 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 avere la seguente cittadinanza:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **di risiedere in:**

Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.A.P\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Località\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. Abitazione\*\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono cellulare\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\*) È obbligatorio indicare almeno uno dei tre recapiti richiesti*

* **di avere il domicilio in** (solo nel caso in cui la residenza non coincida con il domicilio):

Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.A.P\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Località\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. Abitazione\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **di essere:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Uomo |  |
| 2 | Donna |  |

* **di essere in possesso del seguente titolo di studio:** *(se in possesso di più titoli, indicare il titolo più alto - una sola risposta)*

|  |  |
| --- | --- |
| NESSUN TITOLO |  |
| LICENZA ELEMENTARE/ATTESTATO di VALUTAZIONE FINALE |  |

|  |  |
| --- | --- |
| LICENZA MEDIA/AVVIAMENTO PROFESSIONALE |  |
| TITOLO di ISTRUZIONE SECONDARIA di II GRADO (SCOLASTICA o FORMAZIONE PROFESSIONALE) CHE NON PERMETTE L'ACCESSO ALL'UNIVERSITÀ (qualifica di istituto professionale, licenza di maestro d'arte, abilitazione all'insegnamento nella scuola materna, attestato di qualifica professionale e diploma professionale di Tecnico (IeFP), Qualifica professionale regionale di I livello (post-obbligo, durata => 2 anni) |  |
| DIPLOMA DI ISTRUZIONE SECONDARIA di II GRADO CHE PERMETTE L'ACCESSO ALL'UNIVERSITÀ |  |
| QUALIFICA PROFESSIONALE REGIONALE POST-DIPLOMA, CERTIFICATO DI SPECIALIZZAZIONE TECNICA SUPERIORE (IFTS) |  |
| DIPLOMA DI TECNICO SUPERIORE (ITS) |  |
| LAUREA DI I LIVELLO (triennale), DIPLOMA UNIVERSITARIO, DIPLOMA ACCADEMICO di I LIVELLO (AFAM) |  |
| LAUREA MAGISTRALE/SPECIALISTICA di II LIVELLO, DIPLOMA DI LAUREA DEL VECCHIO ORDINAMENTO (4-6 anni), DIPLOMA ACCADEMICO di II livello (AFAM o di Conservatorio, Accademia di Belle Arti, Accademia d'arte drammatica o di danza, ISIAE vecchio ordinamento) |  |
| TITOLO DI DOTTORE DI RICERCA |  |

specificare il titolo di studio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **di essere nella seguente condizione occupazionale:** *(indicare una sola risposta tra “Privo di lavoro” e “Occupato”)*
* **Privo di lavoro** *(se privo di lavoro indicare una delle seguenti opzioni)*

□ **Soggetto disoccupato** (persona privo di impiegoche ha rilasciato la DID (dichiarazione di immediata disponibilità allo svolgimento di un'attività lavorativa e alla partecipazione alle misure di politica attiva di lavoro) sul portale nazionale ANPAL o all’INPS o di essere registrato sul portale regionale Mi Attivo, che ai sensi con DGR 1222/2021 corrisponde al rilascio della DID;

Se hai scelto questa opzione:

* INDICARE LA DATA DID (registrazione ai portali ANPAL o INPS o Mi Attivo): \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* INDICARE di essere in cerca di lavoro da: *(indicare una sola risposta)*

□ meno di 6 mesi (≤ 6 mesi)

□ 6 a 12 mesi (≤ 12 mesi)

□ 12 mesi e oltre (> 12 mesi)

* **Soggetto inattivo o in stato di non occupazione** (ad esempio persona priva di impiego che non ha rilasciato la DID, oppure. casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in altra condizione);
* **Soggetto in tirocinio, work experience o servizio civile;**
* **Studente;**
* **Pensionato.**
* **Occupato** *(se occupato indicare una delle seguenti opzioni)*
* **Lavoratore autonomo;**
* **Lavoratore a tempo indeterminato** (tutti i contratti a tempo indeterminato, comprese tutele crescenti, in somministrazione, intermittente con l’esclusione dell’apprendistato);
* **Lavoratore con contratto a termine** (a tempo determinato, per sostituzione, co.co.co, in somministrazione, intermittente, occasionale, altra forma contrattuale);
* **Lavoratore con contratto di apprendistato;**
* **Percettore di ammortizzatori sociali in costanza di rapporto di lavoro** (CIGO, CIGS, Contratti di solidarietà).

**Se occupato** indicare inoltre se il proprio reddito da lavoro consente il mantenimento dello status di disoccupato ai sensi della normativa vigente**:**

□ Si\*

□ No

*\*le modalità di riconoscimento del cosiddetto basso reddito sono dettagliate nella circolare Anpal 1/2019 e il cittadino può rivolgersi ai Centri per l’impiego regionali per verificare se può rientrare in questa fattispecie (reddito prospettico al di sotto della soglia minima imponibile, per il 2024 la soglia è di 8.500 € per lavoro dipendente e parasubordinato e 5.500 € per il lavoro autonomo).*

* **Dichiara altresì di trovarsi nella seguente condizione:** *(sono possibili più risposte)*

*ATTENZIONE: La seguente tabella è da compilare solo se la propria condizione è un requisito di accesso all’attività*

|  |  |
| --- | --- |
| Persona con disabilità |  |
| Migrante o di origine straniera |  |
| Appartenente a minoranze (comprese le comunità emarginate come i Rom) |  |
| Senza dimora e colpito da esclusione abitativa |  |
| Altro tipo di vulnerabilità |  |
| Rifugiato |  |
| Si rifiuta di fornire informazioni |  |
| Nessuna tipologia di vulnerabilità |  |

* **Dichiara infine:**
  + di essere a conoscenza che l’assegnazione al corso è subordinata al superamento di apposita selezione e che la relativa graduatoria sarà affissa all’albo dell’organismo informativo/impresa 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 avere letto la scheda informativa di dettaglio ovvero il bando relativo al corso e di accertarne integralmente il contenuto;
  + di accettare di fruire della formazione con modalità a distanza;
  + di essere consapevole che verrà contattato successivamente al termine del corso per conoscere eventuali variazioni rispetto a quanto dichiarato nel presente modulo e, a tale fine, indica quale recapito preferenziale:
    - il proprio telefono dell’abitazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
    - il proprio telefono cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
    - la propria e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA LEGGIBILE DEL RICHIEDENTE (o del genitore /tutore *in caso di minori*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Allega infine l’informativa sulla privacy ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e ss.mm.ii e dell’articolo 13 del GDPR Regolamento UE 679/2016.*