

**Al Comune di Castel di Sangro
ECAD dell'Ambito Sociale
n. 6 Sangrino**

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ Il _____ Prov _____ Stato _____

Codice Fiscale _____

Fa domanda di partecipazione per:

- Tirocinio

Al riguardo dichiara:

- di avere la cittadinanza _____
- di risiedere dal _____ nel Comune di _____ (prov. _____)
in Via/Piazza _____
- Tel abitazione _____ Telefono cellulare _____

Nel caso dei senza fissa dimora e dei cittadini di paesi terzi si può rinviare allo strumento della residenza fittizia

(Nel caso in cui la residenza non coincida con il domicilio)

- di avere il domicilio dal _____ nel Comune di _____ (prov. _____)
In Via/Piazza _____
- Tel abitazione _____ Telefono cellulare _____
- di essere disoccupato o inoccupato ai sensi del D.Lgs. 150/2015
- di essere iscritto al Centro per l'impiego di _____ dal _____
- di essere seguito dal Servizio Sociale Professionale del Comune di _____

- Di essere seguito dal servizio sanitario e/o socio sanitario _____

Di essere in possesso di almeno uno dei requisiti che si chiede di indicare:

- soggetti svantaggiati ai sensi della Legge 104/92 art. 3 commi 1 o 3;
- soggetti invalidi civili;
- soggetti con disabilità non inseriti nelle convenzioni del collocamento mirato ai sensi dell'art. 1, comma 1, Legge 68/1999;
- disabili, invalidi civili, psichici e sensoriali, per i quali trovano applicazione le specifiche disposizioni contenute e previste all'art. 11, comma 2, Legge 68/1999;
- soggetti svantaggiati ai sensi dell'art. 4 , comma 1 Legge 381/1991;
- soggetti inseriti nei programmi di assistenza ai sensi dell'art. 13 della L. 228/2003 a favore di vittime di tratta;
- soggetto inseriti nei programmi di assistenza e integrazione sociale ai sensi dell'art. 18 del DLgs 286/1998 a favore delle vittime di violenza e di grave sfruttamento da parte delle organizzazioni criminale;
- soggetti inseriti nei Programmi di intervento e servizi ai sensi delle Leggi. 154/2001, 38/2009,119/2013 a favore delle vittime di violenza nelle relazioni familiari e/o di genere;
- over 45 anni,
- cittadini di paesi terzi
- senza fissa dimora (secondo quanto stabilito dalla Classificazione ETHOS delle linee guida nazionali sul disagio adulti).
- persone in situazione di povertà certificata da ISEE Ordinario con un valore non superiore a € 9.360,00.

1. Indicare il titolo di studio posseduto:

Nessun Titolo	
Licenza elementare	
Licenza media	
Diploma di scuola secondaria	
Qualifica professionale acquisita attraverso corso di formazione professionale	

Qualifica acquisita tramite apprendistato	
Laurea magistrale (specialistica o vecchio ordinamento)	
Laurea triennale (nuovo ordinamento)	
Altro (specificare)	

2. Qual è la Sua attuale condizione occupazionale? (indicare una sola risposta)

disoccupato da oltre 24 mesi	
disoccupato da oltre 1 anno ed entro i 24 mesi	—
disoccupato fino ad un anno	—
Inoccupato (colui che non ha mai svolto attività lavorativa in nessuna forma, autonoma o subordinata e siano alla ricerca di un'occupazione e siano iscritti al CpI competente da più di 12 mesi o da più di 6 mesi se giovani)	— —
apprendisti	—
occupati in Cig o Cigs o in deroga	—
Persone in mobilità	
Inattivo (chi non ha e non cerca lavoro)	

3. Situazione familiare

monoparenterale o monogenitoriale	
nucleo familiare composto fino a 3 persone	
nucleo familiare composto da più di 3 persone	

4. Situazione familiare

Nucleo familiare in cui tutti i componenti maggiorenni sono disoccupati o inoccupati	
--	--

DICHIARA

- Di non essere beneficiario, in concomitanza temporale, di altri interventi di inclusione socio-lavorativa quali, ad esempio, il programma GOL - garanzia occupabilità dei lavoratori, Garanzia Giovani, e Supporto per la formazione e Lavoro (SFL);
- Di essere beneficiario, in concomitanza temporale, di altri interventi di inclusione socio-lavorativa quali, ad esempio, il programma GOL - garanzia occupabilità dei lavoratori, Garanzia Giovani, e Supporto per la formazione e Lavoro (SFL) e in caso di ammissione valuterà l'eventuale rinuncia allo stesso per la partecipazione al tirocinio
- Di essere a conoscenza che l'accettazione della presente domanda è subordinata all'attuazione dell'intervento.

Si allega:

- 1 Attestazione di presa in carico da parte del servizio sociale professionale o dei servizi sanitari e socio sanitari.
- 2 Curriculum Vitae aggiornato e sottoscritto.
- 3 Documento di identità in corso di validità.
- 4 Certificazione ISEE, in corso di validità (ISEE socio sanitario in caso di persone non autosufficienti).
- 5 Certificato di invalidità (se in possesso).
- 6 Certificazione della L.104/92 art. 3 comma 1 o 3 (se in possesso).
- 7 Attestazioni ai sensi della L. n. 68/1999 (se in possesso).
- 8 Attestazione di essere disabile, invalido civile, psichico e sensoriali, per i quali trovano applicazione le specifiche disposizioni contenute e previste all'art. 11, comma 2, Legge 68/1999 (se in possesso).
- 9 Attestazione di essere soggetto svantaggiato ai sensi dell'art. 4, comma 1 Legge 381/1991(se in possesso).
- 10 Attestazione di essere soggetto inserito nei programmi di assistenza ai sensi dell'art. 13 della L. 228/2003 a favore di vittime di tratta (se in possesso).

11 Altro (specifica) _____

Luogo e data

_____, ____/____/____

Firma del Richiedente

INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ARTICOLI 13-14 DEL REGOLAMENTO EUROPEO N. 679/2016

Ai sensi degli artt.13 e 14 del Regolamento Europeo n. 679/2016 si forniscono le seguenti informazioni relative al trattamento dei dati personali:

Titolare del trattamento: Si informa che il "Titolare" del trattamento è: COMUNE DI CASTEL DI SANGRO

Legale rappresentante: SINDACO COMUNE DI CASTEL DI SANGRO

Sede: Corso Vittorio Emanuele n. 10 – 67031 CASTEL DI SANGRO

telefono: 0864/8242200

indirizzo PEC: comune.casteldisangro.aq@pec.comnet-ra.it

Responsabile della protezione dei dati personali: Si informa che l'Ente ha designato, ai sensi dell'art. 37 GDPR, il responsabile del trattamento dei dati personali (Data Protection Officer) è il DOTT. SANTO FABIANO, contattabile ai seguenti recapiti:

Pec: formanagement@pec.it

e-mail: info@formanagement.it

Responsabile del trattamento: il Responsabile del Settore II del Comune di Castel di Sangro.

Finalità e base giuridica del trattamento: il trattamento dei dati personali è diretto all'espletamento da parte del Comune di funzioni istituzionali inerenti la gestione della procedura selettiva in oggetto e saranno trattati per l'eventuale rilascio di provvedimenti annessi e/o conseguenti e, pertanto, ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. e) del Regolamento europeo, non necessita del suo consenso. Le operazioni eseguite sui dati sono controllo e registrazione.

Destinatari dei dati personali: i dati personali potranno essere comunicati ad uffici interni e ad Enti Pubblici autorizzati al trattamento per le stesse finalità sopra dichiarate,

Trasferimento dei dati personali a Paesi extra UE: i suoi dati personali non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'U.E..

Periodo di conservazione: i dati sono conservati per un periodo non superiore a quello necessario per il perseguimento delle finalità sopra menzionate.

Diritti dell'interessato: l'interessato ha diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati.

Reclamo: l'interessato ha diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali, con sede in piazza di Montecitorio, 121 - 00186 Roma - t. (+39)06 696771 - fax (+39)06 69677 3785 - PEC protocollo@pec.gdpd.it - Ufficio Relazioni con il Pubblico urp@gdpd.it.

Per l'esercizio dei diritti richiamati potrà avvalersi dei già comunicati canali di contatto del Titolare e del Responsabile della Protezione dei dati.

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) _____
dichiara di aver ricevuto e compreso l'informativa di cui sopra.

Luogo e data

_____, ____/____/____

FIRMA
