

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)

A. Identificazione dell'intervento

Titolo dell'intervento	Tecnico del marketing digital oriented
Codice dell'intervento	ARGE25-MP3/23/1
Fondo (specificare se si tratta di FSE + o di altre fonti di finanziamento)	PROGRAMMA REGIONALE FSE + LIGURIA 2021-2027
Priorità – Obiettivo specifico	Priorità 4. Occupazione giovanile, obiettivo specifico ESO4.1
Soggetto attuatore	SALP Formazione e Lavoro Srl
Sede dell'intervento	Via Frugoni 1

B. Indicare il criterio utilizzato nella selezione dei destinatari:

1	Selezione in base alle attitudini e alla motivazione	
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)	

C. 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 impiego che 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.