



PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE FSE 2014 – 2020 CCI 2014IT05SFOP021
AVVISO “CUMENTZU” SERVIZI INTEGRATI PER IL RAFFORZAMENTO DELLE COMPETENZE E L’INCLUSIONE ATTIVA DEGLI IMMIGRATI

Asse prioritario 2 – Inclusione Sociale e lotta alla povertà Obiettivo specifico 9.2 “Incremento dell’occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro, attraverso percorsi integrati e multidimensionali di inclusione attiva delle persone maggiormente vulnerabili” Azione 9.2.3 “Progetti integrati di inclusione attiva rivolti alle vittime di violenza, di tratta e grave sfruttamento, ai minori stranieri non accompagnati prossimi alla maggiore età, ai beneficiari di protezione internazionale ed umanitaria e alle persone a rischio di discriminazione”

CUP E75E18000450009
CLP 001042923CM180001

PROGETTO “UN NUOVO INIZIO”
MODULO DI ISCRIZIONE
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’
(Art. 47 - TU approvato con DPR n. 445 del 28.12.2000)

Il/La sottoscritto/a:			
Nato/a a:	Data di nascita:	Nazionalità:	
Codice fiscale:	Stato civile:	Età:	Sesso:
Residente a:		Provincia:	
Indirizzo residenza:		C.A.P.:	
Domiciliato in (indicare solo se differente dalla residenza):		Provincia:	
Indirizzo domicilio:		C.A.P.:	
Recapiti telefonici :			
E-mail:			



Comune di Olbia



ARAFORM
AGENZIA PER LE RICERCHE E LE ATTIVITÀ NELLA FORMAZIONE





Chiede

di partecipare alla selezione per il progetto “Un nuovo inizio”

A tal fine dichiara

consapevole che ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di false dichiarazioni accertate verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera.

- a. di aver preso visione e di accettare in ogni sua parte l'avviso di selezione, nonché di obbligarsi all'osservanza di tutte le disposizioni in esso previste
- b. di essere cittadino di Paese Terzo
- c. di essere maggiorenne
- d. di trovarsi in almeno una di queste condizioni:
 - a. richiedente e beneficiario di protezione internazionale e umanitaria
 - b. soggetto preso in carico dai servizi socio-assistenziali, sanitari e/o socio-sanitari.
- e. di possedere il seguente titolo di studio

Titolo di studio*:

Nome della scuola/università:

Sede:

Anno di conseguimento:

Dichiara inoltre:

- di non partecipare ad altri corsi di formazione professionale;
- di aver letto e di accettare integralmente le condizioni contenute nell'Avviso pubblico, di essere consapevole dei motivi di esclusione in esso specificati e delle modalità di selezione.
- Di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali disponibile all'indirizzo:
- http://www.araform.it/modules.php?modulo=mackey_html&title=Informativa%20sulla%20privacy
- di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) e del D.P.G.R. (Regolamento UE 2016/679) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data _____

Firma per esteso



Comune di Olbia



ARAFORM
AGENZIA PER LE RICERCHE E LE ATTIVITÀ NELLA FORMAZIONE





SI ALLEGANO:

I documenti da allegare alla domanda di partecipazione sono:

- 1) Fotocopia documento di identità in corso di validità
- 2) Fotocopia codice fiscale/tessera sanitaria
- 3) Fotocopia permesso di soggiorno (solo per i candidati che non sono cittadini italiani)
- 4) Fotocopia Scheda Anagrafica Professionale del cittadino aggiornata (SAP) rilasciata dal Centro per l'Impiego di competenza attestante lo stato di inattività, inoccupazione o disoccupazione e il possesso del titolo di studio).
- 5) Curriculum vitae, in formato europeo o Europass, firmato in originale in cui dovranno essere messi in evidenza i titoli di studio e le esperienze lavorative. Nel CV dovrà essere presente la dichiarazione che attesti la veridicità delle informazioni contenute e l'autorizzazione al trattamento dei dati personali.
- 6) Documentazione rilasciata dai servizi socio-assistenziali, sanitari e/o socio-sanitari che attesti la presa in carico del destinatario ai sensi delle Linee Guida di Disciplina dei Tirocini di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione di cui alla Delib. G.R. n. 34/20 del 7.7.2015 (solo per i candidati appartenenti alla categoria 2)
- 7) Allegato A) - Informativa privacy firmata in originale
- 8) Fotocopia del documento di equipollenza del titolo di studio (solo per i titoli di studio conseguiti all'estero)

Il/La Sottoscritt__ DICHIARA di avere preso visione dell'Avviso Pubblico, del Regolamento di partecipazione e selezione e della Scheda di Valutazione del Colloquio e di accettare tutte le condizioni relative alla presente selezione con particolare riferimento ai criteri e i subcriteri e relativi punteggi;

Il/La Sottoscritt__ DICHIARA di prendere atto che nel caso di presentazione di un numero di domande superiore ai posti disponibili la convocazione per la partecipazione alla selezione verrà pubblicata sul sito <https://www.araform.it> e che tale comunicazione deve intendersi quale notifica per la partecipazione alla Selezione.

Il/La Sottoscritto/a DICHIARA di aver preso visione dell' [informativa sul trattamento dei dati personali](#) (Art. 13 del d.lgs. 196/2003 - "Codice in materia di protezione dei dati personali")

Sono consapevole delle conseguenze penali in caso di falsa dichiarazione e della decadenza da eventuali benefici ottenuti, così come previsto dagli articoli 75 e 76 del Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa.

Luogo e data _____

Firma _____



Comune di Olbia



ARAFORM
AGENZIA PER LE RICERCHE E LE ATTIVITÀ NELLA FORMAZIONE



sviluppo performance strategie s.r.l.