**Programma Operativo Regionale FSE 2014 - 2020**

**Regione Autonoma della Sardegna**

**CCI 2014IT05SFOP021**

**AVVISO “PRO.PIL.E.I”**

**Progetti Pilota di Eccellenza per l’Innovazione sociale**

**Programma trasversale multiasse finanziato con risorse del POR:**

**Asse prioritario 3 – Istruzione e formazione**

**Obiettivo specifico 10.1 “Riduzione del fallimento formativo precoce e della dispersione scolastica” – Azione 10.1.5 “Stage e alternanza scuola-lavoro”**

**Obiettivo specifico 10.4 – “Accrescimento delle competenze della forza lavoro” - Azione 10.4.7 – “Tirocini e iniziative di mobilità”**

**Progetto T.E.S.M.E 2.0 - Tecnologia e Sviluppo Meccatronica Ecosostenibile 2.0**

**Allegato 1 - DOMANDA DI ISCRIZIONE**

*(i campi sotto elencati devono obbligatoriamente essere tutti compilati)*

SPETT.LE. I.E.F.C.A.

Via San Saturnino 7

09124 - Cagliari (CA)

Il/la sottoscritto/a: COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

M  F  (*barrare*) Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cittadinanza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(compilare domicilio se diverso da residenza)*

Domiciliato in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE DI ESSERE AMMESSO A PARTECIPARE AL PERCORSO FORMATIVO T.E.S.M.E 2.0**

Ai sensi dell’art.21 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R. del 28/12/2000 N. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all’art. 75 del D.P.R. del 28/12/2000 N. 445; ai sensi e per gli effetti dell’art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA QUANTO SEGUE** *(barrare e completare i dati richiesti)*

□ di aver compiuto il diciottesimo anno di età;

□ di essere disoccupato/inoccupato dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ come da scheda anagrafica allegata;

□ di essere occupato presso l’impresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di allegare la Dichiarazione sostitutiva di atto notorio per la concessione di Aiuti in De Minimis;

□ di essere titolare di impresa individuale;

□ di essere lavoratore autonomo/libero professionista;

□ di essere in possesso del seguente titolo di studio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ di aver letto e accettato integralmente le condizioni contenute nel bando;

□ di aver allegato copia della propria carta d’identità e copia del proprio codice fiscale e/o tessera sanitaria;

□ di non partecipare al momento attuale ad altri corsi regionali di formazione professionale, fatta eccezione per il corso Tesme ed. Villaputzu o Muravera;

□ di essere a conoscenza che l’ammissione alle selezioni è subordinata al possesso dei requisiti indicati;

Requisiti Legge 170/2010 “Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico”:

 □ Si □ No

Livello di conoscenza della lingua francese: □ elementare (A1/A2) □ intermedio (B1/B2) □ avanzato (C1/C2)

Altra lingua straniera conosciuta: ……………………………………………………………………………………

Luogo e data …………………………………………Firma ………………………………………………….

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Si autorizza I.E.F.C.A. srl al trattamento dei dati personali ai sensi dell’art. 13 del Dlg. 196/2003 e del Reg UE 2016/679 (GDPR). I dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nel rispetto della normativa e ai soli fini del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data …………………………………………Firma ………………………………………………….

**Privacy**: Ai sensi e per gli effetti del D.LGS 196/2003 e nel rispetto dell’articolo 13 e dell’articolo 14 del Regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei Dati Personali, nonché alla libera circolazione di tali Dati (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati, di seguito, anche, “Regolamento” o “GDPR”) e che abroga la Direttiva 95/46/CE, La informiamo che i Dati Personali da Lei volontariamente messi a disposizione di IEFCA SRL, quali nome e cognome; indirizzo postale; codice fiscale; numero di telefono ed indirizzo mail, saranno oggetto di trattamento nel rispetto della vigente normativa in materia di Protezione dei Dati Personali e saranno utilizzati, secondo i principi di riservatezza cui è ispirata l’attività della società. I dati personali da Lei messi a disposizione di IEFCA SRL vengono trattati manualmente su supporti cartacei o a mezzo del sistema informatico e sono conservati per il periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali essi sono stati raccolti e successivamente trattati. Potranno venire a conoscenza dei Suoi dati personali i dipendenti o altro organo amministrativo, e, comunque i Responsabili designati da IEFCA SRL, incaricati del trattamento dei dati personali nell’esercizio delle loro funzioni. Si precisa che, anche in assenza di detta richiesta, i Suoi dati potranno essere comunicati a seguito di ispezioni o verifiche all’Amministrazione Finanziaria ed agli Enti previdenziali, alla Regione Autonoma della Sardegna, all’ Agenzia delle Entrate, all’ Ispettorato del Lavoro, ed in genere a tutti gli organi preposti a verifiche e controlli circa la regolarità degli adempimenti di cui alle finalità anzi indicate. Il consenso qui espresso ha validità fino a contraria comunicazione scritta e firmata dal sottoscritto.

Luogo e data …………………………………………Firma ………………………………………………….