Saip
Formazione e Lavoro

REGIONE LAZIO

Unione europea
Fondo sociale europeo

"Adesione al Contratto di Ricollocazione Generazioni"

Nome			
Cognome			
Codice Fiscale	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		
N° Telefono fisso		**N° Cellulare**	
E-mail			
Sesso	☐M ☐F	**Data di nascita**	_____/_____/_____
Cittadinanza			
Comune di nascita		**Provincia di nascita**	
Regione di domicilio			
Comune di residenza		**Provincia residenza**	
C.A.P.		**Indirizzo**	
Titolo di studio		Titolare di P.IVA ☐ Si ☐ No Movimentazione ultimo anno ☐ Si ☐ No	
CPI di riferimento		Partecipazioni ad altri programmi regionali ☐ Si ☐ No	
Consulente intermediario			
Condizione occupazionale	☐ In cerca di nuova occupazione ☐ Disoccupato in cerca di prima occupazione ☐ Disoccupato in cerca di nuova occupazione	☐ Occupato ☐ Studente	
Durata della condizione occupazionale	☐ Fino a 6 mesi ☐ Da 12 mesi e oltre	☐ Da 6 a 12 mesi ☐ Non disponibile	
Allegati	☐ **Documento di riconoscimento obbligatorio: Carta di identità**		

Privacy

Dichiaro che l'indirizzo e-mail indicato può essere utilizzato come domicilio digitale cui poter mandare tutte le informazioni di servizio collegate alla Garanzia Giovani.

☐ Accetto ☐ Rifiuto

Data……firma……

Acconsento che la pratica Avviso n. 1 (DGR 223/2014) Misure di orientamento specialistico e di accompagnamento al lavoro sia curata da SAIP Formazione

☐ Accetto ☐ Rifiuto

Data …….. firma ……

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del DGPR 2016/679.

Con la presente dichiaro di avere preso visione e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali. In particolare il trattamento sarà effettuato con strumenti automatizzati e manuali; il conferimento dei dati è obbligatorio e un eventuale rifiuto comporta l'impossibilità di partecipare alle suddette attività.
Potrò in ogni momento ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco, revisione, rettifica, aggiornamento; potrò, inoltre, opporsi al trattamento per motivi legittimi.
(accettazione obbligatoria)

☐ Accetto ☐ Rifiuto

Luogo e data ……
Firma ……

Link per la registrazione all'avviso pubblico Contratto Di Ricollocazione: **compilare il modulo e spedirlo a amministrazione@kamaleonte.org**

DATA ____/____/_____ **FIRMA LEGGIBILE** _____

Il sottoscritto dichiara di non aver ricevuto da nessuno degli attori coinvolti richieste economiche, ovvero di non aver corrisposto compensi per l'attivazione dei servizi previsti dall'**Avviso Contratto di ricollocazione generazioni.**

FIRMA LEGGIBILE _____