

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	CORSO DI FORMAZIONE PER L'ACQUISIZIONE DELLA QUALIFICA DI OPERATORE SOCIO SANITARIO
Codice dell'intervento	ARGE25-6286-OSS/5/1
Fondo (specificare se si tratta di FSE + o di altre fonti di finanziamento)	Programma Regionale FSE+ 2021-2027
Priorità – Obiettivo specifico	Priorità 1 Occupazione, Obiettivo Specifico ESO4.1
Soggetto attuatore	CONSORZIO LIGURIA FORMAZIONE
Sede dell'intervento	Via Guglielmo Marconi 163, 16011, Arenzano, Genova

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.