



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE SU TRABALLU , FORMATZIONE PROFESSIONALE,  
COOPERATZIONE E SEGURANTZIA SOTZIALE

ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE,  
COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

Servizio Lavoro

## DICHIARAZIONE DEL LAVORATORE

### SCHEDA DI MONITORAGGIO DATI DEI PARTECIPANTI AGLI INTERVENTI FINANZIATI DAL POR SARDEGNA FSE 2014-2020

(Da completare - a cura dell'Impresa beneficiaria)

**Asse:** I – Sostegno all'occupabilità

**Obiettivo Specifico:** 8.6 – Favore la permanenza al lavoro e la ricollocazione dei lavoratori coinvolti in situazioni di crisi

**Azione:** 8.6.1

**Titolo procedura:** Azioni integrate di politiche attive e politiche passive, tra cui azioni di riqualificazione e di outplacement dei lavoratori coinvolti in situazioni di crisi collegate a piani di riconversione e ristrutturazione aziendale

**PRATT:** PRA4024

**Titolo Progetto:** Avviso più turismo più lavoro – Annualità 2017 – Procedura a sportello per la concessione di contributi per l'allungamento della stagione turistico ricettiva

**CUP:** \_\_\_\_\_

**CLP:** \_\_\_\_\_

**Soggetto Attuatore (impresa beneficiaria):** \_\_\_\_\_

(Da compilare a cura del lavoratore) – Compilare tutti i campi

**1-Cognome:** \_\_\_\_\_ **2-Nome:** \_\_\_\_\_

**3-Codice Fiscale:** \_\_\_\_\_

**4-Data di nascita** \_\_\_\_\_ **Comune di nascita** \_\_\_\_\_ **Prov** \_\_\_\_\_

**5-Recapito Telefonico (Cellulare):** \_\_\_\_\_

**6-Indirizzo e-mail:** \_\_\_\_\_

**7-Comune di Residenza:** \_\_\_\_\_ **Cap** \_\_\_\_\_ **Prov** \_\_\_\_\_

**Indirizzo di residenza** \_\_\_\_\_

**8-Comune di domicilio:** \_\_\_\_\_ **Cap** \_\_\_\_\_ **Prov** \_\_\_\_\_

**Indirizzo domicilio** \_\_\_\_\_

**9-Cittadinanza:** \_\_\_\_\_

Consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione, il soggetto incorrerà nelle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e per dichiarazioni mendaci

## D I C H I A R A

di essere stato informato dal datore di lavoro che il contratto di lavoro<sup>1</sup>

- a tempo determinato e a tempo pieno ovvero
- a tempo indeterminato e a tempo pieno ovvero
- a tempo indeterminato e a tempo parziale verticale

stipulato con il sottoscritto è stato incluso tra quelli per i quali l'impresa ha richiesto il contributo "PIU' TURISMO PIU' LAVORO" Annualità 2017 - POR FSE 2014/2020.

Dichiara inoltre

**10-Titolo di studio:** \_\_\_\_\_

(indicare uno dei seguenti titoli)

- 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.

**11-Condizione occupazionale IN INGRESSO:** \_\_\_\_\_

(indicare uno dei seguenti campi)(condizione precedente il rapporto di lavoro oggetto del contributo relativo all'Avviso Più turismo più lavoro – Annualità 2017)

- In cerca di prima occupazione;
- Occupato (compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica e chi è in CIG);
- Disoccupato alla ricerca di nuova occupazione (o iscritto alle liste di mobilità);
- Studente;
- Inattivo diverso da studente (casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in servizio di leva o servizio civile, in altra condizione).

*12-Se alla domanda n. 11 si è risposto "In cerca di prima occupazione" o "Disoccupato alla ricerca di nuova occupazione (o iscritto alle liste di mobilità)" indicare la durata della ricerca di lavoro e la tipologia di disoccupazione*

**Durata della ricerca di lavoro:** \_\_\_\_\_

(indicare una delle seguenti durate)

- Fino a 6 mesi;
- Da 6 mesi a 12 mesi;
- Da 12 mesi e oltre.

<sup>1</sup> Barrare la casella il tipo di contratto stipulato

**Tipologia di disoccupazione:** \_\_\_\_\_

(indicare una delle seguenti durate)

- Ricerca nuova occupazione;
- Disoccupato di lunga durata.

*13-Se alla domanda n. 11 si è risposto “Disoccupato alla ricerca di nuova ...” o “Inattivo diverso da studente...” rispondere anche alla seguente domanda:*

**Prima dell’iscrizione al presente intervento si stavano seguendo corsi di istruzione/insegnamento o di formazione? :**      SI                       NO

*14-Se alla domanda n. 11 si è risposto “Occupato” rispondere anche alla seguente domanda:*

**Lavoratore autonomo:**                      SI                       NO

*15-Se alla domanda n. 11 si è risposto “Occupato” compilare anche i seguenti campi:*

**Nome impresa di appartenenza:** \_\_\_\_\_

**CF impresa:** \_\_\_\_\_

**Settore di attività:** \_\_\_\_\_

**16-Condizione di vulnerabilità:** \_\_\_\_\_

(indicare uno dei seguenti campi)

- Appartenente a famiglia i cui componenti sono senza lavoro, senza figli a carico;
- Appartenente a famiglia i cui componenti sono senza lavoro e con figli a carico;
- Genitore solo, senza lavoro e con figli a carico (senza altri componente adulti nel nucleo);
- Genitore solo, lavoratore e con figli a carico (senza altri componente adulti nel nucleo);
- Persona disabile;
- Migrante;
- Appartenente a minoranze (comprese le comunità emarginate come i Rom);
- Persona inquadabile nei fenomeni di nuova povertà (leggi di settore);
- Tossicodipendente/ex tossicodipendente;
- Detenuto/ex detenuto;
- Vittima di violenza, di tratta e grave sfruttamento;
- Senza dimora e colpito da esclusione abitativa;
- Altro tipo di vulnerabilità;
- Nessuna tipologia di vulnerabilità

**Informativa e dichiarazione di consenso ai sensi degli artt. 13 e 23 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 – Legge sulla Privacy.**

La informiamo che ai sensi dell'art. 13 della Legge sulla Privacy, i dati personali forniti all'Ente Gestore/Beneficiario, verranno comunicati alla RAS-Assessorato del Lavoro ai fini della Sua partecipazione all'attività di cui sopra e verranno raccolti in una banca dati. L'Ente Gestore/Beneficiario e la RAS sono titolari del trattamento dei dati personali e potranno trattare i dati anche in forma aggregata ai sensi dell'art.118 della L. 388/2000 e dell'art.25 della legge 845/1978 – esclusivamente per finalità connesse alla Sua partecipazione all'attività. La informiamo che i Suoi dati personali potranno essere comunicati da parte dell'Ente Gestore/Beneficiario all'Ente preposto al trattamento degli stessi e/o dalla RAS – Assessorato del Lavoro per le verifiche amministrative e contabili funzionali alla Sua partecipazione all'attività, nonché per il monitoraggio e la valutazione. La informiamo, inoltre, che i Suoi dati personali saranno trattati anche attraverso sistemi automatizzati da personale tecnico di provata e adeguata capacità, opportunamente informato e istruito per il trattamento dei Suoi dati. In relazione ai suddetti trattamenti Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/03. Il diniego del consenso al trattamento e alla comunicazione dei Suoi dati personali, impedirà la Sua partecipazione all'attività stessa.

**Consenso informato**

In relazione all'informativa di cui sopra, esprimo il consenso previsto dagli artt. 13 e 23 del D.Lgs 196/03 al trattamento dei dati miei personali per le finalità connesse alla partecipazione all'attività, nonché per il monitoraggio e la valutazione delle iniziative a valere sul PO Sardegna FSE 2014 – 2020.

**Luogo**

**Data**

**Firma**

.....



**(Da compilare a cura dell'Impresa beneficiaria)**

**Dimesso/Licenziato**  
(ha interrotto il contratto in anticipo)

**Cessato a termine**  
(ha concluso il contratto come indicato nella domanda)

**Data cessazione** .....

**Rappresentante Legale** .....

**Indirizzo Rap. Legale** .....  
(Località, indirizzo, prov., CAP)

**C.F. Rappresentante Legale**

**Azienda** .....

**C.F. o P. IVA azienda**

**Forma giuridica** ..... **Settore attività (codice ATECO)** .....

**Indirizzo sede Legale** .....  
(Località, indirizzo, prov., CAP)

