

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'INTERVENTO

A cura dell'Amministrazione titolare

Regione Siciliana

Anno 2012

Misura 111

Azione 1 Formazione

Tipologia di progetto: Pacchetto formativo misto – Corso Conoscenza

PROVINCIA Palermo

SOGGETTO PROPONENTE: A.C.A.S. – Associazione Centri Azioni di Sviluppo

SOGGETTO ATTUATORE: A.C.A.S. – Associazione Centri Azioni di Sviluppo

SEDE: Vicari

A cura del Soggetto attuatore

A. Criterio utilizzato nella selezione dei destinatari:

Selezione con priorità ai discendenti che hanno fatto richiesta d'insediamento ai sensi della Misura 112 del PSR Sicilia, ai lavoratori agricoli, ai coadiuvanti familiari;

B. A seguito della selezione, il richiedente è

1. Ammesso all'intervento
2. Non ammesso all'intervento

☐☐

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'INTERVENTO

...l... sottoscritto/a

nato/a il | | | | | | | |

a..... (.....) Stato.....

(Comune)

Prov.

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

fa domanda di partecipazione all'intervento indicato

Al riguardo dichiara:

- di essere 1. Uomo ☐ 2. Donna ☐

- di avere la cittadinanza:

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 1. Italia | <input type="checkbox"/> | 5. Altri paesi africani | <input type="checkbox"/> |
| 2. Altri paesi UE | <input type="checkbox"/> | 6. Altri paesi asiatici | <input type="checkbox"/> |
| 3. Paesi europei non UE | <input type="checkbox"/> | 7. America | <input type="checkbox"/> |
| 4. Paesi non UE del Mediterraneo | <input type="checkbox"/> | 8. Oceania | <input type="checkbox"/> |

- di risiedere in Via/Piazza.....

n° Località

Comune

C.A.P. Prov.

Tel. Abitazione/..... Telefono cellulare...../..... e-mail.....

(Nel caso in cui la residenza non coincida con il domicilio)

di avere il domicilio in Via/Piazza

n° Località

Comune

C.A.P. Prov: Tel./.....

di essere iscritto a:

Centro per l'Impiego/Ufficio di collocamento ☐

dal (indicare mese e anno) | | | / | | | | | |

1. Indicare il titolo di studio posseduto:

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Nessun titolo o licenza elementare | <input type="checkbox"/> |
| 2. Licenza media o superamento del biennio di scuola superiore | <input type="checkbox"/> |
| 3. Diploma di qualifica acquisito attraverso corso scolastico | <input type="checkbox"/> |
| 4. Qualifica professionale acquisita attraverso corso di formazione professionale | <input type="checkbox"/> |
| 5. Qualifica acquisita tramite apprendistato | <input type="checkbox"/> |
| 6. Diploma di maturità e diploma di scuola superiore | <input type="checkbox"/> |
| 7. Qualifica professionale post-diploma | <input type="checkbox"/> |
| 8. Certificato di specializzazione tecnica superiore (IFTS) | <input type="checkbox"/> |

- | | |
|---|--------------------------|
| 9. Diploma universitario, Laurea di base od altri titoli equipollenti (compreso ISEF e Conservatorio) | <input type="checkbox"/> |
| 10. Master post laurea di base | <input type="checkbox"/> |
| 11. Laurea specialistica | <input type="checkbox"/> |
| 12. Diploma post laurea (master, dottorato, specializzazione) | <input type="checkbox"/> |

1. Qual è la Sua attuale posizione professionale ?
(riferirsi all'attività prevalente se svolge più attività)

- | | |
|---|--------------------------|
| Inoccupato | <input type="checkbox"/> |
| Disoccupato | <input type="checkbox"/> |
| Occupato: | <input type="checkbox"/> |
| Alle dipendenze come: | |
| 1. Dirigente | <input type="checkbox"/> |
| 2. Direttivo – Quadro | <input type="checkbox"/> |
| 3. Impiegato o intermedio | <input type="checkbox"/> |
| 4. Operaio, subalterno e assimilati | <input type="checkbox"/> |
| 5. Apprendista | <input type="checkbox"/> |
| 6. Lavorante presso il proprio domicilio per conto di imprese | <input type="checkbox"/> |
| Autonomo come: | |
| 7. Imprenditore | <input type="checkbox"/> |
| 8. Libero professionista (avvocato, medico, ecc) | <input type="checkbox"/> |
| 9. Lavoratore in proprio (negoziante, artigiano, ecc) | <input type="checkbox"/> |
| 10. Collaboratore occasionale o coordinato e continuativo | <input type="checkbox"/> |
| 11. Socio di cooperativa | <input type="checkbox"/> |
| 12. Coadiuvante familiare | <input type="checkbox"/> |

2. Se lavoratore dipendente, a quale tipologia contrattuale afferisce ?
(riferirsi all'attività prevalente se svolge più attività)

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. lavoro interinale | <input type="checkbox"/> |
| 2. a tempo determinato | <input type="checkbox"/> |
| 3. a tempo indeterminato | <input type="checkbox"/> |
| 4. in Cassa integrazione guadagni | <input type="checkbox"/> |
| 5. Lsu o Lpu | <input type="checkbox"/> |
| 6. Contratto di Formazione Lavoro | <input type="checkbox"/> |
| 7. Apprendistato | <input type="checkbox"/> |
| 8. Tirocinio di lavoro, Piano d'inserimento professionale, Borsa di lavoro | <input type="checkbox"/> |
| 9. Tirocinio obbligatorio per iscrizione ad albo professionale | <input type="checkbox"/> |

3. Svolge il suo lavoro:

- | | |
|------------------|--------------------------|
| 1. A tempo pieno | <input type="checkbox"/> |
| 2. A part time | <input type="checkbox"/> |

4. E' in possesso di documentazione probante i suoi requisiti di accesso al corso di Capo Azienda?:

1. Si ☐
2. No ☐

Quale: (Decreto di insediamento, documentazione INPS o equivalente, etc)

DICHIARAZIONE

...I... sottoscritt.... dichiara infine di essere a conoscenza che l'accettazione della presente domanda è subordinata all'effettuazione del intervento e che in caso di sovrannumero delle domande rispetto al numero di partecipanti previsti, la stessa è oggetto di selezione.

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Autorizzazione al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 D.L.G.S. 196/2003

FIRMA
