# ALLEGATO 9 – SCHEMA DI DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL’INTERVENTO





DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'INTERVENTO

La/il sottoscritta/o

*cognome e nome della/del richiedente*

sesso M  F 

nata/o (provincia ) il giorno / /

*(Comune o Stato estero di nascita) sigla*

residente a (provincia )

*(Comune di residenza) CAP sigla*

via n.

domiciliata/o a (provincia )

*(se il domicilio è diverso dalla residenza) CAP sigla*

via n.

codice fiscale cittadinanza

telefono / cellulare / indirizzo di posta elettronica / posta elettronica certificata (PEC)

ai sensi degli art 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali richiamate dagli art. 48 e 76 del D.P.R n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi,

# DICHIARA

i seguenti dati necessari alla partecipazione ad interventi finanziati dal Fondo Sociale Europeo:

* di essere in possesso del seguente titolo di studio:
	+ 00 Nessun titolo
	+ 01 Licenza elementare/attestato di valutazionefinale
	+ 02 Licenza media/avviamento professionale
	+ 03 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 2opiùanni)
	+ 04 Diploma di istruzione secondaria di II grado che permette l’accessoall’università
	+ 05 Qualifica professionale regionale/provinciale post diploma, certificato di specializzazione tecnica superiore (IFTS) Diploma universitario o di scuola diretta a fini speciali (vecchioordinamento)
	+ 06 Diploma di tecnico superiore (IFTS)
	+ 07 Laurea di primo livello (triennale), diploma universitario, diploma accademico di I livello (AFAM)
	+ 08 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)
	+ 09 Dottore di ricerca
* di essere nella seguente condizione sul mercato del lavoro:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * 
 | 01 | In cerca di prima occupazione |
| * 
 | 02 | Occupato (compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica e chi è inCIG) |
| * 
 | 03 | Disoccupato alla ricerca di nuova occupazione (o iscritto alle liste dimobilità) |
| * 
 | 04 | Studente |
| * 
 | 05 | Inattivo diverso da studente (casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in servizio di leva o servizio civile, in altra condizione) |

* in caso di condizione di: (01) in cerca di prima occupazione o (03) disoccupato alla ricerca di una nuova occupazione, indicare la durata della ricerca dilavoro:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 01 | Fino a 6 mesi (<=6) |
|  | 02 | Da 6 mesi a 12 mesi |
|  | 03 | Da 12 mesi e oltre (>12) |

# DICHIARA INOLTRE

* di trovarsi nella/e seguente/i **condizione/i di vulnerabilità** *(è possibile barrare una o più caselle)*:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 05 | Persona disabile | Persona riconosciuta come disabile secondo la normativasettoriale |
|  | 06 | Migrante o persona di origine straniera | Persona che si trova in una delle seguenti condizioni:Persona con cittadinanza non italiana che risiede da almeno 12 mesi in Italia (o che si presume saranno almeno 12 mesi), oPersona nata all’estero e che risiede da almeno 12 mesi (o che si presume saranno almeno 12 mesi) in Italia indipendentemente dal fatto che abbia acquisito o meno la cittadinanza italiana,oPersona con cittadinanza italiana che risiede in Italia i cui genitori sono entrambi nati all’estero |
|  | 07 | Appartenente a minoranze (comprese le comunità emarginate come i Rom) | Persona appartenente ad una minoranza linguistica o etnica, compresi i ROM |
|  | 08 | Persona inquadrabile nei fenomeni di nuova povertà (leggi di settore) |  |
|  | 09 | Tossicodipendente/ex tossicodipendente |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 10 | Detenuto/ex detenuto |  |
|  | 11 | Vittima di violenza, di tratta e grave sfruttamento |
|  | 13 | Altro tipo di vulnerabilità | Ad esempio studenti con Bisogni Educativi Speciali, alcolisti/ex alcolisti, altri soggetti presi in carico dai servizi sociali ecc. |
|  | 99 | Nessuna condizione di vulnerabilità |  |

Dichiarazione da compilarsi qualora il richiedente non intenda fornire le informazioni sulla condizione di vulnerabilità

Il

sottoscritto

 non

intende fornire all’Amministrazione le informazioni relative alla condizione di vulnerabilità di cui alla presente “Domanda

di iscrizione all’intervento”.

luogo

data

firma

*(per i minori di 18 anni firma del genitore*

*o di chi ne esercita la tutela)*

# CHIEDE

di partecipare al seguente progetto:

Denominazione progetto: **Operatore Socio Sanitario - Fano**

Soggetto attuatore: **ASSOCIAZIONE WEGA**

Codice progetto: **1084267**

**Collaborazione nella rilevazione dei risultati ottenuti a seguito della partecipazione all’intervento**

Al fine di poter valutare i risultati degli interventi realizzati nell’ambito del Programma operativo FSE Marche, così come previsto dai regolamenti europei in materia di FSE, l’Amministrazione potrebbe avere la necessità di conoscere alcune informazioni in merito alla Sua condizione sul mercato del lavoro successivamente alla conclusione dell’intervento. Con la sottoscrizione della presente domanda il richiedente si impegna a collaborare con l’Amministrazione fornendo le informazioni eventualmente richieste mediante questionari da compilare on line o interviste telefoniche.

*La presente scheda dovrà essere compilata in ogni sua parte.*

*luogo data firma della/del richiedente*

*(per i minori di 18 anni firma del genitore o di chi ne esercita la tutela)*

*Allegare:*

1. *copia, chiara e leggibile, del documento d’identità del firmatario, ai sensi del DPR n. 445/200.*
2. *Modello Requisiti di Accesso*
3. *Modello riconoscimento Crediti Formativi*

## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(*ai sensi dell’art. 13, Regolamento 2016/679/UE - GDPR*)

La Regione Marche in conformità al Regolamento 2016/679/UE (*General Data Protection Regulation* – GDPR) La informa sulle modalità di trattamento dei dati da Lei forniti.

Il **Titolare del trattamento** è la Regione Marche - Giunta Regionale, con sede in via Gentile da Fabriano, 9 – 60125 Ancona.

I **Delegati al trattamento** sono il Dirigente della Posizione di funzione “Programmazione nazionale e comunitaria” Ing Andrea Pellei, (andrea.pellei@regione.marche.it) e il Dirigente della P.F. “Istruzione, Formazione, Orientamento e Servizi Territoriali per la formazione”, Dott. Massimo Rocchi (massimo.rocchi@regione.marche.it).

Il **Responsabile della Protezione dei Dati** ha sede in via Gentile da Fabriano, 9 – 60125 Ancona. La casella di posta elettronica, cui potrà indirizzare questioni relative ai trattamenti di dati che La riguardano, è: rpd@regione.marche.it .

**Finalità**. I dati personali sono trattati per la partecipazione all’intervento nonché per consentire alla Regione, titolare del trattamento, l’adempimento degli obblighi di monitoraggio, valutazione e controllo previsti dal Reg. (UE) n. 1303/2013 e ss.mm.ii. e dal Reg. (UE) n. 1304/2013 e ss.mm.i., inclusa la misurazione degli indicatori definiti nel Reg. (UE) n. 1304 (art. 5; all. I e II) e nel POR Marche FSE 2014/20. I dati forniti saranno trattati in maniera informatizzata e manuale per procedere ai necessari adempimenti e alle necessarie verifiche, in relazione allo specifico procedimento amministrativo al quale fanno riferimento. I dati raccolti potranno essere trattati inoltre ai fini di archiviazione (protocollo e conservazione documentale) nonché, in forma aggregata, a fini statistici. Gli stessi dati potranno confluire nei sistemi informativi regionali, nazionali e comunitari di gestione e monitoraggio degli interventi finanziati dal Fondo Sociale Europeo (FSE).

La **base giuridica del trattamento** (ai sensi degli articoli 6 e 9 del Regolamento 2016/679/UE) è costituita dal l Reg. (UE) n. 1303/2013 e ss.mm.ii. e dal Reg. (UE)n. 1304/2013 e ss.mm.i..

**Comunicazione dei dati**. I suoi dati personali potranno essere conosciuti esclusivamente dagli operatori della Regione Marche, autorizzati al trattamento, nonché dai beneficiari/attuatori individuati quali Responsabili del trattamento. I dati forniti saranno messi a disposizione dell’Autorità di Certificazione e dell’Autorità di Audit per l’adempimento degli obblighi previsti dai Regolamenti europei. Potranno, inoltre, essere resi disponibili ai Servizi della Commissione Europea, alle Amministrazioni Centrali *(es. MEF-IGRUE, Anpal)* e alle altre Autorità di controllo *(es. Corte dei Conti, Guardia di finanza)* per l’espletamento delle loro funzioni istituzionali. Il trasferimento all'estero dei dati nei paesi extra UE non è previsto e non viene effettuato.

**Periodo di conservazione**. I dati saranno conservati, ai sensi dell'art.5, paragrafo 1, lett.e) del Regolamento 2016/679/UE per fini di archiviazione (protocollo e conservazione documentale), per il tempo stabilito dai regolamenti per la gestione procedimentale e documentale e da leggi e regolamenti in materia.

**Diritti**. Le competono i diritti previsti dal Regolamento 2016/679/UE e, in particolare, potrà chiedere l’accesso ai dati personali che La riguardano, la rettifica, o, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o la limitazione del trattamento, ovvero opporsi al loro trattamento; potrà inoltre esercitare il diritto alla portabilità dei dati. Ha diritto di proporre reclamo, ai sensi dell’articolo 77 del Regolamento 2016/679/UE, al Garante per la protezione dei dati personali con sede a Roma.

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione della presente informativa.

luogo data firma

*(per i minori di 18 anni firma del genitore o di chi ne esercita la tutela)*

*Allegare:*

1. *copia, chiara e leggibile, del documento d’identità del firmatario, ai sensi del DPR n. 445/200.*
2. *Modello Requisiti di Accesso*
3. *Modello riconoscimento Crediti Formativi*

# REQUISITI DI ACCESSO DEI DESTINATARI

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’**

***(art. 47, D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)***

 l sottoscritta/o Nata/o a ( ), il residente a , Via , n. , domiciliata/o a , Via , n. Cod. Fiscale consapevole di quanto previsto dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 in merito alla decadenza dai benefici concessi sulla base di dichiarazioni non veritiere, nonché alla responsabilità penale conseguente al rilascio di dichiarazioni mendaci e alla formazione e uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità

# DICHIARA

Di essere

residente nella Regione Marche domiciliato nella Regione Marche

in possesso del diploma di scuola dell’obbligo o assolvimento dell’obbligo

scolastico.

Di aver

compiuto il 17° anno di età alla data di iscrizione del corso

# DICHIARA INOLTRE

di trovarsi nella/e seguente/i condizione/i:

 disoccupato con disabilità ai sensi dell’articolo 1, comma 1, della legge n.

68/1999;

 disoccupato appartenente a categorie svantaggiate, ai sensi dell’articolo 4,

comma 1, della legge n. 381/1991;

 vittima di violenza o grave sfruttamento e a rischio di discriminazione;  soggetto preso in carico dai servizi sociali;

 persona a rischio di esclusione sociale, con priorità per coloro che sono sotto la soglia della povertà o nella povertà estrema (indipendentemente dal genere, dalla classe di età e dalla cittadinanza);

disoccupato di lunga durata oltre i 6 mesi.

# Si allega certificazione attestante quanto sopra dichiarato.

Luogo e data Firma

# Linee guida per il riconoscimento dei CREDITI FORMATIVI all’interno del

**percorso formativo per conseguire la qualifica di**

# “OPERATORE SOCIO SANITARIO”

*(Allegato 4 della D.G.R. 666 del 20/05/2008 – Allegato A della D.G.R. 1625 del 12/10/2009)*

 l sottoscritto/a nato/a il a ( ) **CHIEDE**

il riconoscimento dei seguenti crediti formativi:

 in possesso del diploma di qualifica di “**OPERATORE DEI SERVIZI SOCIALI”**, conseguito al termine del relativo percorso scolastico triennale;

 in possesso del diploma di maturità per “**TECNICO DEI SERVIZI SOCIALI”**, conseguito al termine del relativo percorso scolastico quinquennale;

 in possesso dell’attestato di qualifica di **OTA** conseguito attraverso un corso di formazione professionale, rilasciato ai sensi del d.m. 26 luglio 1991, n. 295;

 in possesso dell’attestato di qualifica **OSA, ADEST** o equiparabile conseguito attraverso un corso di formazione professionale di durata di almeno 800 ore, ri- lasciato ai sensi della l. 845/1978;

 in possesso dell’attestato di qualifica di **OSA** o equiparabile conseguito attraverso un corso di formazione professionale di durata di almeno 400 ore, rilasciato ai sensi della l. 845/1978;

 in possesso di **CERTIFICATO DI SPECIALIZZAZIONE TECNICA SUPERIORE**

**(I.F.T.S.)** riferito al settore socio-sanitario;

 in possesso da **1 a 4 anni di esperienza lavorativa** presso strutture sanitarie e socio-assistenziali pubbliche e private;

 in possesso da **5 a 9 anni di esperienza lavorativa** presso strutture sanitarie e socio-assistenziali pubbliche e private;

 in possesso di **10 o più anni di esperienza lavorativa** presso strutture sanitarie e socio-assistenziali pubbliche e private.

 non ritengo di essere nella condizione di richiedere il riconoscimento di crediti formativi

# Si allega certificazione attestante quanto sopra dichiarato.

Luogo e data

Firma