

Progetto "SCAPIAU"

CUP J87D20000090001

"Patto per lo Sviluppo della Città Metropolitana di Cagliari" - LINEA SVILUPPO E
COMPETITIVITÀ DELLE IMPRESE, INNOVAZIONE SOCIALE, INCLUSIONE ATTIVA E SOSTEGNO
ALLE IMPRESE

AVVISO PUBBLICO

"I.SO.LA - Inclusione Sociale Lavoro"

PER LA SELEZIONE DI PROGETTI IN MATERIA DI INCLUSIONE SOCIALE DI PERSONE SVANTAGGIATE -
ATTUAZIONE DI INTERVENTI PER LA LOTTA A TUTTE LE FORME DI DISCRIMINAZIONE, IN PARTICOLARE PER
L'ACCESSO E PER LA PERMANENZA NEL
MERCATO DEL LAVORO E PER LA VITA SOCIALE

Modulo di iscrizione

con valenza di autocertificazione (ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ () il _____
(città) (prov.) (data di nascita)

Codice fiscale

Telefono _____ Cellulare _____

E-mail _____

Progetto finanziato da:

FSC
Fondo per lo Sviluppo
e la Coesione



**CITTÀ
METROPOLITANA
DI CAGLIARI**



INSIGNIA s.r.l.
Via Arrigo Solmi n. 28 - 09129 Cagliari (CA)
Tel 070/7273535 Fax 070/2040294
P.IVA 03377330927 REA CCAA 266825

Chiede di essere ammessa/o a partecipare al percorso:

-
- Linea A – Per la formazione e l’inserimento lavorativo**

A tal fine dichiara di essere disponibile e interessato a frequentare tutte le attività previste dal progetto coerentemente con le finalità dell’Avviso Pubblico e dell’Avviso di Selezione.

A tal fine dichiara

consapevole che ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di false dichiarazioni accertate verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera.

-
- Di essere residente o domiciliato nell’Area della Città Metropolitana di Cagliari presso:**

Residenza

Indirizzo _____

Comune _____ CAP _____

Domicilio (da compilare solo se diverso da Residenza)

Indirizzo _____

Comune _____ CAP _____

Di essere nella seguente condizione occupazionale:

-
- Disoccupato
-
-
- Inoccupato

Di essere in possesso del seguente titolo di studio:

-
- Licenza di Terza media o della Scuola Secondaria di Primo Grado
-
-
- Assolvimento dell’Obbligo Scolastico
-
-
- Diploma di scuola superiore
-
-
- Laurea di primo livello
-
-
- Laurea Magistrale/Specialistica/Quinquennale

Titolo di studio*: _____

Progetto finanziato da:

FSC
Fondo per lo Sviluppo
e la Coesione



CITTÀ
METROPOLITANA
DI CAGLIARI



INSIGNIA s.r.l.

Via Arrigo Solmi n. 28 - 09129 Cagliari (CA)
Tel 070/7273535 Fax 070/2040294

P.IVA 03377330927 REA CCAA 266825

Nome dell'Istituto: _____

Sede: _____

Anno di conseguimento: _____

*Indicare solo il titolo di studio di grado più alto.

Dichiara inoltre:

Di essere preso in carico dal seguente servizio:

- Servizio sociale del comune di _____
- UEPE
- USMM
- CSM
- SERD
- ALTRO _____

Indicare il/i referente/i del servizio in cui è preso in carico: _____

Dichiara inoltre:

- Di avere preso visione dell'avviso pubblico denominato SCAPAU pubblicato nel sito www.insigniaformazione.com, e di accettare integralmente ed incondizionatamente le disposizioni in esso contenute;
- di non partecipare ad altri percorsi finanziati dall'Avviso Pubblico "I.SO.LA." o dagli stessi Fondi Pubblici;
- di impegnarsi fin da ora a comunicare tempestivamente qualsiasi ulteriore attività formativa e lavorativa dovesse intraprendere in concomitanza con la partecipazione al presente progetto;
- Di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali disponibile sul sito web www.insigniaformazione.com e presente sull'Avviso di Selezione;
- di essere informato/a ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) e del G.D.P.R. (Regolamento UE 2016/679) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi dell'articolo 13 del G.D.P.R. 2016/679

Luogo e data _____

Firma per esteso _____

Progetto finanziato da:**FSC**Fondo per lo Sviluppo
e la CoesioneCITTÀ
METROPOLITANA
DI CAGLIARI

INSIGNIA s.r.l.

Via Arrigo Solmi n. 28 - 09129 Cagliari (CA)

Tel 070/7273535 Fax 070/2040294

P.IVA 03377330927 REA CCAA 266825

Ai fini dell'iscrizione e perché la stessa sia valida, allega al presente modulo:

- Fotocopia del documento di identità in corso di validità
- Copia del Codice Fiscale / Tessera sanitaria

Il presente documento deve essere stampato, compilato, firmato, scansionato e inviato all'indirizzo e-mail insieme alle scansioni del documento di identità e del codice fiscale / tessera sanitaria:

iscrizioni@insigniaformazione.com

Progetto finanziato da:

FSC

Fondo per lo Sviluppo
e la Coesione



CITTÀ
METROPOLITANA
DI CAGLIARI



INSIGNIA s.r.l.

Via Arrigo Solmi n. 28 - 09129 Cagliari (CA)

Tel 070/7273535 Fax 070/2040294

P.IVA 03377330927 REA CCAA 266825