



SCHEDA PARTECIPANTE

Soggetto Attuatore ECIPAR BOLOGNA SOC. CONS. A R.L. VIA CORTICELLA, 186 40128 Bologna (BO)	Cod. Org. 888	Rif PA 2016-5473/RER Pg. 22 ed. 1 Percorsi di internazionalizzazione: strategie e conoscenze per affrontare i mercati obiettivo <i>Approvata con DGR n. 1450 del 12/09/2016 co-finanziata dal Fondo Sociale Europeo PO 2014-2020 Regione Emilia Romagna</i>
--	-------------------------	---

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445)

IL SOTTOSCRITTO

Nome	Cognome	Nato il	A	Pr
Codice Fiscale	Sesso M F O O	Cittadinanza	Cellulare	E-Mail

Residente a:

Indir.	CAP	Comun e	Pr	Telefon o /
Se il domicilio attuale è diverso dalla residenza:				
Indir.	CAP	Comun e	Pr	Telefon o /

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA:

✓ **Di essere in possesso del Titolo di studio di:**

<input type="checkbox"/>	1	Nessun titolo
<input type="checkbox"/>	2	Licenza elementare/attestato di valutazione finale
<input type="checkbox"/>	3	Licenza media/avviamento professionale
<input type="checkbox"/>	4	Titolo di istruzione secondaria di II grado (scolastica o formazione professionale) che non permette l'accesso all'università
<input type="checkbox"/>	5	Diploma di istruzione secondaria di II grado che permetterà l'accesso all'università
<input type="checkbox"/>	6	Qualifica professionale regionale post-diploma, certificato di specializzazione tecnica superiore
<input type="checkbox"/>	7	Diploma di tecnico superiore (ITS)
<input type="checkbox"/>	8	Laurea di I livello (triennale), diploma universitario, diploma accademico di I livello (AFAM)
<input type="checkbox"/>	9	Laurea magistrale/specialistica di II livello, diploma di laurea del vecchio ordinamento (4-6 anni)
<input type="checkbox"/>	10	Titolo di dottore di ricerca

✓ **Di essere nella seguente Condizione occupazionale:**

<input type="checkbox"/>	1	In cerca di prima occupazione (ha fornito dichiarazione e ha in corso di validità la dichiarazione)
<input type="checkbox"/>	2	Occupato (compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica e chi è in CIG)
<input type="checkbox"/>	3	Disoccupato alla ricerca di nuova occupazione (o iscritto alle liste di mobilità)
<input type="checkbox"/>	4	Studente
<input type="checkbox"/>	5	Inattivo diverso da studente (casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in servizio di leva o servizio civile, in altra condizione)

✓ **Durata ricerca occupazione (solo se non occupato):**

<input type="checkbox"/>	1	Fino a 6 mesi (<=6)
<input type="checkbox"/>	2	Da 6 a 12 mesi
<input type="checkbox"/>	3	Da 12 mesi e oltre (>12)
<input type="checkbox"/>	4	Non disponibile

✓ **Di avere in essere la seguente Tipologia di contratto di lavoro (solo se occupato):**

<input type="checkbox"/>	1	Lavoro a tempo indeterminato (compresi lavoratori in (CIGO)
<input type="checkbox"/>	2	Lavoro a tempo determinato (compresi lavoratori in (CIGO)
<input type="checkbox"/>	3	Lavoratore in CIGS
<input type="checkbox"/>	4	Apprendistato per la qualificazione professionale e per il diploma professionale
<input type="checkbox"/>	5	Apprendistato professionalizzante
<input type="checkbox"/>	6	Apprendistato di alta formazione e ricerca
<input type="checkbox"/>	7	Contratti di somministrazione
<input type="checkbox"/>	8	Lavoro occasionale/lavoro a progetto/collaborazione coordinata e continuativa
<input type="checkbox"/>	9	Lavoro autonomo
<input type="checkbox"/>	10	Imprenditore (titolare società di persone, impresa individuale, titolari e soci di studi professionali...)

✓ **Tipo di svantaggio:**

<input type="checkbox"/>	1	Appartenente a famiglia i cui componenti sono senza lavoro, senza figli a carico
<input type="checkbox"/>	2	Appartenente a famiglia i cui componenti sono senza lavoro e con figli a carico
<input type="checkbox"/>	3	Adulto single, senza lavoro e con figli a carico (senza altri componenti adulti nel nucleo)
<input type="checkbox"/>	4	Adulto single, lavoratore e con figli a carico (senza altri componenti adulti nel nucleo)
<input type="checkbox"/>	5	Persona con disabilità certificata ai sensi della legge 104/92
<input type="checkbox"/>	6	Persona con disagio in carico ai servizi sociali o sanitari
<input type="checkbox"/>	7	Persona con disabilità iscritta al collocamento mirato
<input type="checkbox"/>	8	Persona richiedente asilo, titolare di protezione internazionale o umanitaria...
<input type="checkbox"/>	9	Minore straniero non accompagnato richiedente i asilo
<input type="checkbox"/>	10	Migranti: Extracomunitari
<input type="checkbox"/>	11	Migranti: Altri migranti
<input type="checkbox"/>	12	Minoranze linguistiche, etniche, religiose..(comprese le comunità emarginate come i rom)
<input type="checkbox"/>	13	Persona inquadrabile nei fenomeni di nuova povertà (leggi di settore)
<input type="checkbox"/>	14	Persona tossicodipendente o ex tossicodipendente
<input type="checkbox"/>	15	Persona detenuta o ex detenuta
<input type="checkbox"/>	16	Persona senza dimora o colpita da esclusione abitativa
<input type="checkbox"/>	17	Persona con altra tipologia di svantaggio
<input type="checkbox"/>	18	Persona che non presenta alcuna tipologia di svantaggio
<input type="checkbox"/>	19	Vittima di violenza, di tratta di grave sfruttamento

✓ **Di ricoprire in Azienda il ruolo/Funzione di seguito riportato:**

✓ **Di lavorare per la seguente AZIENDA:**

Ragione sociale Azienda	Cod. Ateco Settore	Partita IVA	C. F.
-------------------------	--------------------	-------------	-------

Forma giuridica	Dimensione azienda	Azienda soggetta all'art.17 legge 68/69	N° persone ai sensi dell'allegato 1 Reg. Ue n.651/2014
	<input type="checkbox"/> Piccola <input type="checkbox"/> media <input type="checkbox"/> grande	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

Fatturato _____ Anno di riferimento _____

Sede Legale

Indirizzo	CAP	Comune	Pr	Telefono /
-----------	-----	--------	----	------------

Sito	E-mail	Fax
------	--------	-----

Dati del Legale rappresentante

Nome	Cognome	Data di nascita	Comune di Nascita	Pr
------	---------	-----------------	-------------------	----

Codice Fiscale	Sesso M F O O
----------------	---------------------

Residenza

Indirizzo	CAP	Comune	Pr	Telefono /
-----------	-----	--------	----	------------

ALTRESI' DICHIARA:

✓ **Di partecipare all'iniziativa formativa sopraindicata.**

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere stato informato del contenuto del D.lgs.196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali", in particolare per quanto riguarda i diritti dell'interessato (art. 7) e la modalità di trattamento delle informazioni raccolte (art. 13). Da' pertanto il suo consenso affinché i sopraindicati dati personali siano raccolti e trattati esclusivamente per le finalità di ECIPAR Bologna secondo quanto disposto dal citato D.lgs 196/03.

Luogo e Data _____

Firma _____

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e può essere inviata anche con le modalità indicate nell'art.38 del D.P.R. n. 445/2000.