

Allegato 2 - POS D.4 Elenco 4

Schema di rilevazione dei dati dei partecipanti all'operazione FSE ai fini dell'alimentazione degli indicatori di out-put del POR Puglia FESR-FSE 2014-2020.

Consapevole che la presente dichiarazione contiene informazioni riservate rivolte esclusivamente al Beneficiario delle operazioni del POR Puglia FESR-FSE 2014-2020 come definito all'art. 2, paragrafo 10 del REG. (UE) n. 1303/2013, titolare del trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. (UE) 679/2016, nonché regolata dalle disposizioni nazionali di legge vigenti, viene resa in conformità all'art. 125, paragrafo 2, lettera d), del Reg. (UE) n. 1303/2013, per gli usi derivanti dall'applicazione dell'art. 50, paragrafi 1 e 2 del Reg. (UE) n. 1303/2013 nelle procedure attuative del POR Puglia FESR-FSE 2014-2020, per gli obblighi delle Autorità competenti.

A - Generalità

A1 - Dati del dichiarante

Il/la sottoscritto/a (Nome e Cognome) nato/a a (Luogo di nascita) il (Data di nascita), Sesso (M/F), residente a (Luogo di residenza), prov. (Provincia di residenza) in Via/Viale/Piazza/Corso (Denominazione dell'indirizzo di residenza) n. (n. civico di residenza), documento di riconoscimento (Tipo di documento), n. (n. di documento) rilasciato da (Autorità che ha rilasciato il documento) il (Data di rilascio del documento), CF (Codice Fiscale), n. tel (inserire recapito), mail: (inserire indirizzo) in qualità di:

- Partecipante all'attività finanziata dal FSE, identificata con Codice MIR Iter A1004-8, progetto A1004.11;**
- Genitore/tutore¹ legalmente esercente la potestà del partecipante all'attività finanziata dal FSE, identificata con Codice MIR/MIRWEB (inserire il codice), così generalizzato:**

A2 - Dati del Partecipante se diverso dal dichiarante

Il/la sottoscritto/a (Nome e Cognome) nato/a a (Luogo di nascita) il (Data di nascita), Sesso (M/F), residente a (Luogo di residenza), prov. (Provincia di residenza) in Via/Viale/Piazza/Corso (Denominazione dell'indirizzo di residenza) n. (n. civico di residenza), documento di riconoscimento (Tipo di documento), n. (n. di documento) rilasciato da (Autorità che ha rilasciato il documento) il (Data di rilascio del documento), CF (Codice Fiscale);

Dichiara sotto la propria responsabilità i seguenti dati?

1 - Titolo di Studio

Descrizione Titolo Studio	Livello ISCED	
NESSUN TITOLO	0	<input type="checkbox"/>
LICENZA ELEMENTARE/ATTESTATO DI VALUTAZIONE FINALE	1	<input type="checkbox"/>
LICENZA MEDIA /AVVIAMENTO PROFESSIONALE	2	<input type="checkbox"/>
TITOLO DI ISTRUZIONE SECONDARIA di II GRADO (SCOLASTICA o FORMAZIONE PROFESSIONALE) CHE NON PERMETTE L'ACCESSO ALL'UNIVERSITÀ (<i>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)</i>)	3	<input type="checkbox"/>
DIPLOMA DI ISTRUZIONE SECONDARIA di II GRADO CHE PERMETTE L'ACCESSO ALL'UNIVERSITÀ	3	<input type="checkbox"/>
QUALIFICA PROFESSIONALE REGIONALE POST-DIPLOMA, CERTIFICATO DISPECIALIZZAZIONE TECNICA SUPERIORE (IFTS)	4	<input type="checkbox"/>
DIPLOMA DI TECNICO SUPERIORE (ITS)	5	<input type="checkbox"/>
LAUREA DI I LIVELLO (triennale), DIPLOMA UNIVERSITARIO, DIPLOMA ACCADEMICO di I LIVELLO (AFAM)	6	<input type="checkbox"/>
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)	7	<input type="checkbox"/>
TITOLO DI DOTTORE DI RICERCA	8	<input type="checkbox"/>

¹ Sbarrare la scelta che non interessa

² Per la corretta compilazione consultare l'informativa contenuta nella pagina "Istruzioni di compilazione" allegata.

Allegato 2 - POS D.4
Elenco 4

2 - Condizione Mercato Ingresso

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

3 - Durata Ricerca dell'Occupazione

Descrizione Durata Ricerca (Alla ricerca di lavoro)	
da meno di 6 mesi (<=6)	<input type="checkbox"/>
Da 6 mesi a 12 mesi	<input type="checkbox"/>
Da 12 mesi e oltre (>12)	<input type="checkbox"/>
Non disponibile	<input type="checkbox"/>

4 - Composizione del Nucleo Familiare Convivente in rapporto con il partecipante

Descrizione Nucleo Familiare Convivente (Stato di Famiglia)										
CODICE FISCALE	COGNOME	NOME	DATA NASCITA	LUOGO NASCITA	P	M	F	S	A	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 - Condizione Occupazionale del Nucleo Familiare Convivente sub 4

Descrizione Condizione Occupazionale Nucleo Familiare Convivente						
CODICE FISCALE	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	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

6 - Gruppo Vulnerabile Partecipante

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

Avvio dell'attività

Luogo	Data	Ora
(inserire GG/MM/AA)	(inserire GG/MM/AA)	(inserire 00:00)

Il sottoscritto/a dichiara di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento 2016/679/UE (General Data Protection Regulation - GDPR), i dati raccolti tramite la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti

informatici, esclusivamente nell'ambito e per le finalità del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e con le modalità previste dalla "Informativa generale privacy" ai sensi dell'art. 13 del G.D.P.R. (riportata a tergo), per le finalità

di liceità previste dall'art. 6, paragrafo 1, lett. e) del G.D.P.R., cui presto consenso.

Il Dichiarante