



Unione europea  
Fondo sociale europeo



Nome
Cognome

## DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL PROGETTO TRANSIZIONI AL LAVORO “UNILAV”

Operazione Rif. PA 2016-6496/RER approvata con deliberazione di Giunta Regionale n. 32 del 23/01/2017 e cofinanziata con risorse del Fondo sociale europeo e della Regione Emilia-Romagna - PO 2014-2020 Regione Emilia Romagna- Asse FSE – III – Istruzione e Formazione

Il presente documento dovrà pervenire secondo le modalità previste dall'avviso entro e non oltre **le ore 12 del 22 GENNAIO 2018** presso il seguente recapito

<p><b>Email:</b> <a href="mailto:frauseo@fondazioneflaminia.it">frauseo@fondazioneflaminia.it</a></p> <p><b>o consegnata presso:</b></p> <p><b>Fondazione Flaminia, via Baccarini 27, Ravenna Ref. Dott.ssa Francesca Rauseo</b></p>
--

**AL PRESENTE DOCUMENTO SI ALLEGA:**

- **CURRICULUM VITAE**
- **DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'**



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

**In relazione all'avviso per l'ammissione al "PROGETTO TRANSIZIONI AL LAVORO - UNILAV"**

**Rif. PA 2016-6496/RER**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**CHIEDE di essere ammesso alla selezione del "PROGETTO TRANSIZIONI AL LAVORO-UNILAV"**

**A tal fine, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000,**

**DICHIARA**

**DATI ANAGRAFICI**

Nome		
Cognome		
Luogo di nascita		
Data	Provincia	
Nazionalità	Comune di residenza	
Via e n° civico	CAP	Provincia
Telefono		
Altro recapito		
E-mail		
Codice fiscale		
Domicilio in Emilia-Romagna (se diverso dalla residenza)		



Unione europea  
Fondo sociale europeo



## FORMAZIONE PERSONALE

<input type="checkbox"/> <b>Diploma di Scuola Superiore</b>  Anno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Indirizzo Diploma ..... Conseguito presso .....
	Votazione <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>Frequentante Università</b>  Anno di frequenza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Università di..... Indirizzo di laurea..... N° Esami da sostenere per il completamento del corso di studi .....
<input type="checkbox"/> <b>Diploma universitario – Laurea breve</b>  Mese e Anno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Votazione .....	Conseguito/a presso ..... Indirizzo laurea breve .....
Titolo tesi ..... .....	
<input type="checkbox"/> <b>Laurea</b>  Mese e Anno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Votazione....	Conseguita presso ..... Indirizzo laurea .....
Titolo tesi ..... .....	
<input type="checkbox"/> <b>Corso di specializzazione</b>  Anno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Votazione .....	Seguito presso ..... Tipo di specializzazione .....



Unione europea  
Fondo sociale europeo



### LINGUE STRANIERE

<b>Inglese</b>	<input type="checkbox"/> OTTIMO	<input type="checkbox"/> BUONO	<input type="checkbox"/> DISCRETO	<input type="checkbox"/> SUFFICIENTE	<input type="checkbox"/> MEDIOCRE
<b>Francese</b>	<input type="checkbox"/> OTTIMO	<input type="checkbox"/> BUONO	<input type="checkbox"/> DISCRETO	<input type="checkbox"/> SUFFICIENTE	<input type="checkbox"/> MEDIOCRE
<b>Tedesco</b>	<input type="checkbox"/> OTTIMO	<input type="checkbox"/> BUONO	<input type="checkbox"/> DISCRETO	<input type="checkbox"/> SUFFICIENTE	<input type="checkbox"/> MEDIOCRE
<b>Spagnolo</b>	<input type="checkbox"/> OTTIMO	<input type="checkbox"/> BUONO	<input type="checkbox"/> DISCRETO	<input type="checkbox"/> SUFFICIENTE	<input type="checkbox"/> MEDIOCRE
<b>Altro (specificare)</b>	<input type="checkbox"/> OTTIMO	<input type="checkbox"/> BUONO	<input type="checkbox"/> DISCRETO	<input type="checkbox"/> SUFFICIENTE	<input type="checkbox"/> MEDIOCRE

### CONOSCENZE INFORMATICHE

<input type="checkbox"/> Sistemi operativi <input type="checkbox"/> Internet e posta elettronica
---

### CONDIZIONE OCCUPAZIONALE

<input type="checkbox"/> In cerca di <b>prima</b> occupazione da meno di 6 mesi	<input type="checkbox"/> Occupato alle dipendenze
<input type="checkbox"/> In cerca di <b>prima</b> occupazione da 6 a 11 mesi	<input type="checkbox"/> Occupato con contratti a causa mista
<input type="checkbox"/> In cerca di <b>prima</b> occupazione da 12 a 23 mesi	<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo
<input type="checkbox"/> In cerca di <b>prima</b> occupazione da oltre 24 mesi	<input type="checkbox"/> Collaboratore
<input type="checkbox"/> In cerca di <b>nuova</b> occupazione da meno di 6 mesi	<input type="checkbox"/> Studente
<input type="checkbox"/> In cerca di <b>nuova</b> occupazione da 6 a 11 mesi	<input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> In cerca di <b>nuova</b> occupazione da 12 a 23 mesi	
<input type="checkbox"/> In cerca di <b>nuova</b> occupazione da oltre 24 mesi	

### PRECEDENTI ESPERIENZE LAVORATIVE *(indicare quella più recente o più significativa)*

Periodo:	Da .....	A .....
Tipo di attività	<input type="checkbox"/> dipendente	<input type="checkbox"/> autonoma
Società		



Unione europea  
Fondo sociale europeo



Mansioni



Unione europea  
Fondo sociale europeo



**SETTORI DI ATTIVITA' PREFERENZIALE** (*indicare quali*)

.....  
.....  
.....

**EVENTUALI ISCRIZIONI AD ALBI — ORDINI PROFESSIONALI** (*indicare quali*)

.....  
.....  
.....

Il sottoscritto autorizza l'ente all'acquisizione dei sopraindicati dati personali e al loro trattamento in quanto necessari per la gestione del corso, nel rispetto dell'art. 3 D. Lgs. del 30/06/2003.

A conoscenza di quanto prescritto dall'art. 26 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, e dell'art. 11 comma 3, del D.P.R. 20 ottobre 1998, n. 403 sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 2 della legge n. 15/1968 e all'art. 1 del D.P.R. n. 403/1998 e **sotto la propria personale responsabilità DICHIARA che i dati sopra riportati corrispondono a verità.**

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_