

**“Adesione al Contratto di Ricollocazione Generazioni”**

Nome				<p style="text-align: center;">Privacy</p> <p>Dichiaro che l'indirizzo e-mail indicato può essere utilizzato come domicilio digitale cui poter mandare tutte le informazioni di servizio collegate alla Garanzia Giovani.</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Accetto <input type="checkbox"/> Rifiuto</p> <p>Data.....firma.....</p> <p>Acconsoento che la pratica Avviso n. 1 (DGR 223/2014) Misure di orientamento specialistico e di accompagnamento al lavoro sia curata da SAIP Formazione</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Accetto <input type="checkbox"/> Rifiuto</p> <p>Data firma</p> <p>Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR 2016/679.</p> <p>Con la presente dichiaro di avere preso visione e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali. In particolare il trattamento sarà effettuato con strumenti automatizzati e manuali; il conferimento dei dati è obbligatorio e un eventuale rifiuto comporta l'impossibilità di partecipare alle suddette attività.</p> <p>Potrò in ogni momento ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco, revisione, rettifica, aggiornamento; potrò, inoltre, opporsi al trattamento per motivi legittimi. (accettazione obbligatoria)</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Accetto <input type="checkbox"/> Rifiuto</p> <p style="text-align: center;">Luogo e data Firma</p>
Cognome				
Codice Fiscale	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			
N° Telefono fisso			N° Cellulare	
E-mail				
Sesso	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita	___/___/___	
Cittadinanza				
Comune di nascita			Provincia di nascita	
Regione di domicilio				
Comune di residenza			Provincia residenza	
C.A.P.		Indirizzo		
Titolo di studio	Titolare di P.IVA <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
	Movimentazione ultimo anno <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
CPI di riferimento			Partecipazioni ad altri programmi regionali	
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Consulente intermediario				
Condizione occupazionale	<input type="checkbox"/>	In cerca di nuova occupazione	<input type="checkbox"/> Occupato	
	<input type="checkbox"/>	Disoccupato in cerca di prima occupazione	<input type="checkbox"/> Studente	
	<input type="checkbox"/>	Disoccupato in cerca di nuova occupazione		
Durata della condizione occupazionale	<input type="checkbox"/>	Fino a 6 mesi	<input type="checkbox"/> Da 6 a 12 mesi	
	<input type="checkbox"/>	Da 12 mesi e oltre	<input type="checkbox"/> Non disponibile	
Allegati	<input type="checkbox"/> Documento di riconoscimento obbligatorio: Carta di identità			

Link per la registrazione all'avviso pubblico Contratto Di Ricollocazione: <http://www.regione.lazio.it/SistemaInformativoLavoro/home/>

DATA ___/___/___

FIRMA LEGGIBILE _____

Il sottoscritto dichiara di non aver ricevuto da nessuno degli attori coinvolti richieste economiche, ovvero di non aver corrisposto compensi per l'attivazione dei servizi previsti dall'Avviso Contratto di ricollocazione generazioni.

FIRMA LEGGIBILE _____