



ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURÀNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

Servizio Lavoro

DICHIARAZIONE DEL LAVORATORE

MODULO DI RACCOLTA DEI DATI PERSONALI DEI DESTINATARI AMMESSI
ALLE ATTIVITÀ FINANZIATE DAL PO SARDEGNA FSE 2014 - 2020

(Da compilare a cura del lavoratore)

Avviso	PIU' TURISMO PIU' LAVORO 2016	Codice Locale di Progetto
Denominazione attività	Contributi per l'allungamento della stagione turistica	
Sede di lavoro	Data inizio contratto	

Cognome _____ Nome _____ Sesso ☐ M ☐ F

Data di nascita _____ Comune di nascita _____ Cittadinanza _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Comune Residenza _____ Indirizzo Residenza _____

CAP Residenza _____ Prov. Residenza _____

Tel. / Cell. _____ e-mail _____

Solo se domicilio diverso dalla residenza

Comune Domicilio _____ Indirizzo Domicilio _____

CAP Domicilio _____ Prov. Domicilio _____

Consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione, il soggetto incorrerà nelle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e per dichiarazioni mendaci

DICHIARA

Titolo di studio _____

Conseguito presso: _____ il _____

Eventuale condizione di svantaggio ☐ Svantaggiato ☐ Molto svantaggiato ☐ Disabile

☐ Rom ☐ Migrante

☐ Altro (specificare) _____

di essere stato informato dal datore di lavoro che il contratto di lavoro a tempo pieno e determinato stipulato con il sottoscritto è stato incluso tra quelli per i quali l'impresa ha richiesto il contributo "PIU' TURISMO PIU' LAVORO" Annualità 2016 - POR FSE 2014/2020.

Informativa e dichiarazione di consenso ai sensi degli artt. 13 e 23 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 – Legge sulla Privacy.

La informiamo che ai sensi dell'art. 13 della Legge sulla Privacy, i dati personali forniti all'Ente Gestore/Beneficiario, verranno comunicati alla RAS-Assessorato del Lavoro ai fini della Sua partecipazione all'attività di cui sopra e verranno raccolti in una banca dati. L'Ente Gestore/Beneficiario e la RAS sono titolari del trattamento dei dati personali e potranno trattare i dati anche in forma aggregata ai sensi dell'art.118 della L. 388/2000 e dell'art.25 della legge 845/1978 – esclusivamente per finalità connesse alla Sua partecipazione all'attività. La informiamo che i Suoi dati personali potranno essere comunicati da parte dell'Ente Gestore/Beneficiario all'Ente preposto al trattamento degli stessi e/o dalla RAS – Assessorato del Lavoro per le verifiche amministrative e contabili funzionali alla Sua partecipazione all'attività, nonché per il monitoraggio e la valutazione. La informiamo, inoltre, che i Suoi dati personali saranno trattati anche attraverso sistemi automatizzati da personale tecnico di provata e adeguata capacità, opportunamente informato e istruito per il trattamento dei Suoi dati. In relazione ai suddetti trattamenti Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/03.

Il diniego del consenso al trattamento e alla comunicazione dei Suoi dati personali, impedirà la Sua partecipazione all'attività stessa.

Consenso informato

In relazione all'informativa di cui sopra, esprimo il consenso previsto dagli artt. 13 e 23 del D.Lgs 196/03 al trattamento dei dati miei personali per le finalità connesse alla partecipazione all'attività, nonché per il monitoraggio e la valutazione delle iniziative a valere sul PO Sardegna FSE 2014 – 2020.

Luogo _____

Data _____

Firma _____



UNIONE EUROPEA



Repubblica Italiana



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



POR
SARDEGNA

Da compilare a cura dell'Impresa beneficiaria

☐ Dimesso/Licenziato (ha interrotto il contratto in anticipo)
 ☐ Cessato a termine (ha concluso il contratto come indicato nella domanda)
 Data cessazione

Rappresentante Legale _____

Indirizzo Rap. Legale _____
 (Località, indirizzo, prov., CAP))

C.F. Rappresentante Legale																			
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Azienda _____

C.F. o P. IVA azienda																			
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Forma giuridica _____ Settore attività (codice ATECO) _____

Indirizzo sede Legale _____
 (Località, indirizzo, prov., CAP)