

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE E AUTOCERTIFICAZIONE DEI REQUISITI

(ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)



Il/la sottoscritto/a **NOME** _____ **COGNOME** _____ F M

nato/a a: _____ (Prov: _____) il: _____ Cittadinanza _____

Cod.Fisc. _____

Residente a: _____ (Prov: _____) CAP _____ in Via: _____ n° _____

Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

Domicilio attuale (se diverso dalla residenza): Città _____ (Prov: _____)

via: _____ n° _____

AZIENDA DI APPARTENENZA (compilare solo se si è occupati)

Denominazione azienda _____

Sede Legale _____ Via _____ N° _____ Cap _____ Prov. _____

P.IVA _____ CF _____ Cod.Settore _____

Tel _____ Email _____ Ruolo svolto in azienda _____

CHIEDE DI ESSERE AMMESSO/A ALLA PARTECIPAZIONE AL CORSO



“E-COMMERCE”

TITOLO OPERAZIONE: Azione 2 – COMPETENZE PER L’INNOVAZIONE NELLA DISTRIBUZIONE COMMERCIALE
Operazione Rif. PA 2019-11691/RER/4 approvata con DGR n. 1336 del 29/07/2019
co-finanziata dal Fondo Sociale Europeo PO 2014-2020 Regione Emilia-Romagna

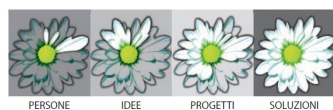
Sede di realizzazione: CESCOT FERRARA, VIA DARSENA 178 – 44122 FERRARA - TEL 0544292711

A QUESTO FINE DICHIARA

✓ Di essere in possesso del seguente titolo di studio [Codice n. _____ scegliere fra i CODICI nell’elenco in pagina successiva]
 Tipo di Diploma / Laurea _____

✓ Di essere nella seguente situazione occupazionale (barrare il numero relativo alla situazione e il dettaglio);

CONDIZIONE OCCUPAZIONALE	
<p>1 <input type="checkbox"/> In cerca di prima occupazione (DID) — Dichiarazione di Immediata Disponibilità al lavoro — in corso di validità</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Disoccupato alla ricerca di nuova occupazione (o iscritto alle liste di mobilità)</p> <p>—Durata ricerca occupazione:</p> <p><input type="checkbox"/> Fino a 6 mesi (<=6)</p> <p><input type="checkbox"/> Da 6 mesi a 12 mesi</p> <p><input type="checkbox"/> Da 12 mesi e oltre (>12)</p> <p><input type="checkbox"/> Non disponibile</p> <p>Iscritto al Centro per l’impiego? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Se SI, Dove? _____</p> <p>Da quale data? _____</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Studente</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Inattivo, diverso da studente (es. non ha mai fornito DID, ritirato/a dal lavoro, in servizio di leva o civile)</p>	<p>2 <input type="checkbox"/> Occupato (compreso chi ha un’occupazione saltuaria/atipica e chi è in CIG)</p> <p>Tipologia di contratto:</p> <p>1 <input type="checkbox"/> lavoro a tempo indeterminato (compresi lavoratori in CIGO)</p> <p>2 <input type="checkbox"/> lavoro a tempo determinato (compresi i lavoratori in CIGO)</p> <p>3 <input type="checkbox"/> lavoratore in CIGS</p> <p>4 <input type="checkbox"/> apprendistato per la qualifica professionale e per il diploma professionale</p> <p>5 <input type="checkbox"/> apprendistato professionalizzante</p> <p>6 <input type="checkbox"/> apprendistato di alta formazione e ricerca</p> <p>7 <input type="checkbox"/> contratto di somministrazione</p> <p>8 <input type="checkbox"/> lavoro occasionale / lavoro a progetto / collaborazione coordinata e continuativa</p> <p>9 <input type="checkbox"/> lavoro autonomo</p> <p>10 <input type="checkbox"/> imprenditore (titolare società di persone, impresa individuale, titolari e soci studi professionali)</p>
<p>CONOSCENZA LINGUA ITALIANA (PER UTENZA STRANIERA) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	



DOMANDA DI PARTECIPAZIONE E AUTOCERTIFICAZIONE DEI REQUISITI

(ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)



- ✓ Il corso si rivolge agli operatori delle piccole imprese del commercio. Possono partecipare titolari, professionisti, collaboratori familiari e lavoratori con responsabilità nell'area commerciale marketing;
- ✓ Di rientrare tra i soggetti in possesso dei requisiti sopra indicati;
- ✓ Di accettare di fornire documenti comprovanti le informazioni fornite, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 su richiesta del Nuovo Cescot E.R. e degli Enti finanziatori del progetto;
- ✓ Di essere consapevole delle **sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere**, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000;
- ✓ Di essere a conoscenza del fatto che la data di inizio del corso è fornita a puro titolo indicativo. Il Nuovo Cescot E.R. si riserverà, qualora non sia raggiunto il numero minimo di partecipanti, di posticipare la data di inizio, qualora sorgano particolari problemi organizzativi, di non effettuare il corso.
- ✓ Di essere informato che i suoi dati personali saranno trattati da Nuovo Cescot ER per l'esecuzione del contratto secondo quanto indicato nell'informativa privacy.

Ai sensi dell'art. 38 della del DPR n. 445 del 28.12.2000 si allega alla presente, copia fronte retro del seguente documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore:

tipo _____ n. _____ emesso il _____ da _____.

Data _____

Firma _____

Il/la sottoscritto/a _____, dichiara di aver letto l'Informativa **INF0201 edizione 1 del 30 giugno 2019** in merito al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.13 e 14 del Reg. UE 679/2016 (**allegata**) e che il suo consenso:

è prestato è negato alla ricezione di comunicazioni aventi carattere informativo e/o commerciale del Titolare, Nuovo Cescot ER.

è prestato è negato alla eventuale pubblicazione di riprese fotografiche e/o video e di non avere nulla a pretendere.

Data _____

Firma _____

Le chiediamo cortesemente di informarci di come ha saputo del corso (anche più opzioni):

- | | |
|--|--|
| 1 - <input type="checkbox"/> Social network (Facebook, Instagram, LinkedIn, ...) | 8 - <input type="checkbox"/> Lettera/depliant personale (tramite e-mail o posta) |
| 2 - <input type="checkbox"/> Email mirata | 9 - <input type="checkbox"/> Confesercenti |
| 3 - <input type="checkbox"/> SMS | 10 - <input type="checkbox"/> Passaparola |
| 4 - <input type="checkbox"/> Centri di informazione: _____ | 11 - <input type="checkbox"/> Radio/televisione: _____ |
| 5 - <input type="checkbox"/> Inserzioni sul giornale: _____ | 12 - <input type="checkbox"/> Internet: _____ |
| 6 - <input type="checkbox"/> Manifesti | 13 - <input type="checkbox"/> Corsi o seminari |
| 7 - <input type="checkbox"/> Telefonata informativa | 14 - <input type="checkbox"/> altro: _____ |

CODICE	DESCRIZIONE TITOLO DI STUDIO
0	NESSUN TITOLO
1	LICENZA ELEMENTARE/ATTESTATO DI VALUTAZIONE FINALE
2	LICENZA MEDIA /AVVIAMENTO PROFESSIONALE
3	TITOLO DI ISTRUZIONE SECONDARIA DI II GRADO (SCOLASTICA O FORMAZIONE PROFESSIONALE) CHE NON PERMETTE L'ACCESSO ALL'UNIVERSITÀ
4	DIPLOMA DI ISTRUZIONE SECONDARIA DI II GRADO CHE PERMETTE L'ACCESSO ALL'UNIVERSITÀ
5	QUALIFICA PROFESSIONALE REGIONALE POST-DIPLOMA, CERTIFICATO DISPECIALIZZAZIONE TECNICA SUPERIORE (IFTS)
6	DIPLOMA DI TECNICO SUPERIORE (ITS)
7	LAUREA DI I LIVELLO (TRIENNALE), DIPLOMA UNIVERSITARIO, DIPLOMA ACCADEMICO DI I LIVELLO (AFAM)
8	LAUREA MAGISTRALE/SPECIALISTICA DI II LIVELLO, DIPLOMA DI LAUREA DEL VECCHIO ORDINAMENTO (4-6 ANNI), DIPLOMA ACCADEMICO DI II LIVELLO
9	TITOLO DI DOTTORE DI RICERCA