ALLEGATO A - Modello domanda Avviso Destinatari
AZIONE B OSS– Campania Welfare

Al Comune di Pontecagnano Faiano
Capofila Ambito Territoriale Sociale S04_2
SEDE

AVVISO PUBBLICO

PER LA SELEZIONE DI 6 DESTINATARI DEL PERCORSO FORMATIVO PER OPERATORE SOCIO SANITARIO, FINALIZZATO ALL'INCLUSIONE LAVORATIVA NELL'AMBITO DELL'ATTUAZIONE DELL'AZIONE B) "INTERVENTI DI PRESA IN CARICO MULTI-PROFESSIONALE, FINALIZZATI ALL'INCLUSIONE LAVORATIVA DI PERSONE MAGGIORMENTE SVANTAGGIATE VULNERABILI E A RISCHIO DI DISCRIMINAZIONE ATTRAVERSO INTERVENTI FORMATIVI PER L'ACQUISIZIONE DI COMPETENZE CHIAVE ".

CUP F11F24000670009

Il sottoscritto *(Cognome e nome)*

_____

nato a _____ il _____/___/_____

Codice Fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

residente in *(Comune di residenza)*

_____

Via/Piazza _____ n° civico_____

telefono _____ altro recapito _____

CHIEDE

Di partecipare al percorso formativo per **Operatore Socio Sanitario.**

A tal uopo, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate e consapevole che i propri dati personali saranno trattati nel rispetto delle disposizioni di cui al D.Lgs 196/2003, Regolamento UE 679/2016 e D.Lgs 101 del 10/08/2018, per il quale esprime il proprio consenso:

DICHIARA (barrare le caselle pertinenti):

- di aver preso visione dell'Avviso di selezione e di accettarne il contenuto;

☐ di non frequentare un percorso di istruzione scolastica o universitaria;
☐ di non frequentare altri percorsi formativi regionali;
☐ di possedere il diploma di scuola secondaria di primo grado (terza media);
☐ di possedere il diploma di scuola media superiore o professionale;
☐ di essere cittadino Italiano o comunitario residente nel territorio dell'Ambito Territoriale Sociale S04_2;
☐ di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno e residente nel territorio dell'Ambito Territoriale S04_2;
☐ di avere una certificazione ISEE (Indicatore di Situazione Economica Equivalente) per l'anno 2026 pari a € _____ ;
☐ di possedere i requisiti di cui all'articolo 1 comma 1 della Legge 68/1999;

Inoltre, dichiara di essere in una o più delle seguenti condizioni (è possibile indicare più condizioni se presenti)**:**

- ☐ di usufruire dell'Assegno di Inclusione (ADI) alla data di scadenza del presente bando;
- ☐ di non avere un impiego regolarmente retribuito da:
  € sei mesi; € 12 mesi; € 24 mesi;
- ☐ di avere un'età compresa tra i 18 e i 24 anni;
- ☐ di non possedere un diploma di scuola media superiore o professionale (livello ISCED 3) o aver completato la formazione a tempo pieno da non più di due anni e non avere ancora ottenuto il primo impiego regolarmente retribuito;
- ☐ di aver superato i 50 anni di età;
- ☐ di essere un adulto che vive solo o con una o più persone a carico;
- ☐ di essere occupato in professioni o settori caratterizzati da un tasso di disparità uomo-donna che supera almeno del 25% la disparità media uomo-donna in tutti i settori economici se il lavoratore interessato appartiene al genere sottorappresentato;
- ☐ di appartenere a una minoranza etnica di uno Stato membro UE e avere la necessità di migliorare la propria formazione linguistica e professionale o la propria esperienza lavorativa per aumentare le prospettive di accesso ad un'occupazione stabile;

Si ricorda che saranno effettuati controlli finalizzati a verificare la veridicità dei requisiti auto-certificati ai sensi della normativa vigente (artt. 76-77 D.P.R. 445/2000).

Si allega:

1. Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente;
2. Dichiarazione Sostitutiva Unica e modello ISEE del nucleo familiare di appartenenza, per l'anno 2026;
3. Copia del Certificato C2 storico rilasciato da non oltre un mese alla data di presentazione della domanda di accesso al percorso di formazione;
4. Copia della documentazione attestante i requisiti di cui all'articolo 1 comma 1 della Legge 68/1999 (solo per i soggetti interessati);
5. Allegato B: informativa privacy debitamente firmata dal richiedente;

Luogo e data

In Fede

_____

_____

(firma leggibile del dichiarante)

ALLEGATO B – Informativa Privacy
AZIONE B – Campania Welfare

Informativa ai sensi art. 13 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati)

La informiamo che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Il Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Pontecagnano Faiano che lei potrà contattare ai seguenti riferimenti:

Telefono: 089/93.05.398 Indirizzo PEC: protocollo@pec.comune.pontecagnanofaiano.sa.it

e-mail: maioriello@comunepontecagnanofaiano.sa.it

Potrà altresì contattare il Responsabile della protezione dei dati al seguente indirizzo di posta elettronica: rpd@comune.pontecagnanofaiano.sa.it.

Il trattamento dei dati personali raccolti viene effettuato per finalità connesse all'esecuzione di compiti di interesse pubblico e per l'esercizio di pubblici poteri, nonché per adempiere ad eventuali obblighi di legge (ai sensi dell'art. 6 par. 1 del Regolamento 2016/679) nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

I dati raccolti:

- sono trattati da personale dell'ente appositamente autorizzato e/o da soggetti esterni designati dal Titolare in forma scritta come di Responsabili del trattamento, per attività strumentali al perseguimento delle finalità dell'ente;
- potranno essere comunicati a soggetti pubblici per l'osservanza di obblighi di legge o per finalità connesse all'esecuzione di compiti di interesse pubblico;
- sono conservati per il tempo necessario allo svolgimento del procedimento in oggetto e tenuto conto degli obblighi di legge a cui il Titolare deve sottostare nell'adempimento delle proprie funzioni istituzionali;
- possono essere soggetti a comunicazione e/o a diffusione esclusivamente in adempimento ad obblighi previsti dalla legge o da regolamenti e non sono soggetti a trasferimento a paesi terzi.

Le comunichiamo inoltre che il conferimento dei dati è obbligatorio per il perseguimento delle finalità descritte e l'eventuale rifiuto determinerà l'impossibilità di dar corso al procedimento.

Potrà far valere, in qualsiasi momento e ove possibile, i Suoi diritti, in particolare con riferimento al diritto di accesso ai Suoi dati personali, nonché al diritto di ottenerne la rettifica o la limitazione, l'aggiornamento e la cancellazione, nonché con riferimento al diritto di portabilità dei dati e al diritto di opposizione al trattamento, salvo vi sia un motivo legittimo del Titolare del trattamento che prevalga sugli interessi dell'interessato, ovvero per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

Potrà esercitare i Suoi diritti rivolgendosi al Titolare o al Responsabile della protezione dei dati, reperibili ai contatti sopra indicati.

Ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali qualora ne ravvisi la necessità.

Il Titolare non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

il/la sottoscritto/a _____,

nato a _____, il _____

residente a _____ in via _____

esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa

FORNISCE IL CONSENSO ☐ NON FORNISCE IL CONSENSO ☐

Luogo e data _____ Firma _____