# Schema di rilevazione dei dati dei partecipanti all’operazione FSE ai fini dell’alimentazione degli indicatori di out-put del POR Puglia FESR-FSE 2014-2020.

*Consapevole che la presente dichiarazione contiene informazioni riservate rivolte esclusivamente al Beneficiario delle operazioni del POR Puglia FESR−FSE 2014−2020 come definito all’art. 2, paragrafo 10 del REG. (UE) n. 1303/2013, titolare del trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. (UE) 679/2016, nonché regolata dalle disposizioni nazionali di legge vigenti, viene resa in conformità all’art. 125, paragrafo 2, lettera d), del Reg. (UE) n. 1303/2013, per gli usi derivanti dall’applicazione dell’art. 50, paragrafi 1 e 2 del Reg. (UE) n. 1303/2013 nelle procedure attuative del POR Puglia FESR− FSE 2014−2020, per gli obblighi delle Autorità competenti.*

# A - Generalità

**A1 - Dati del dichiarante**

II/Ia sottoscritto/a (*Nome e Cognome*) nato/a a (*Luogo di nascita*) iI (*Data di nascita*), Sesso (*M/F*), residente a (*Luogo di residenza*), prov. (*Provincia di residenza*) in Via/ViaIe/Piazza/Corso (*Denominazione dell’indirizzo di residenza*) n. (*n. civico di residenza*), documento di riconoscimento (*Tipo di documento*), n. (*n. di documento*) riIasciato da (*Autorità che ha rilasciato il documento*) iI (*Data di rilascio del documento*), CF (*Codice Fiscale*), n. teI (*inserire recapito*), maiI: (*inserire indirizzo*) in quaIità di:

* **Partecipante all’attività finanziata dal FSE, identificata con Codice MIR/MIRWEB (*inserire il codice*);**
* **Genitore/tutore1 legalmente esercente la potestà del partecipante all’attività finanziata dal FSE, identificata con Codice MIR/MIRWEB (*inserire il codice*), così generalizzato:**

**A2 - Dati del Partecipante se diverso dal dichiarante**

II/Ia sottoscritto/a (*Nome e Cognome*) nato/a a (*Luogo di nascita*) iI (*Data di nascita*), Sesso (*M/F*), residente a (*Luogo di residenza*), prov. (*Provincia di residenza*) in Via/ViaIe/Piazza/Corso (*Denominazione dell’indirizzo di residenza*) n. (*n. civico di residenza*), documento di riconoscimento (*Tipo di documento*), n. (*n. di documento*) riIasciato da (*Autorità che ha rilasciato il documento*) iI (*Data di rilascio del documento*), CF (*Codice Fiscale*);

## 1 - Titolo di Studio

***Dichiara sotto la propria responsabilità i seguenti dati2***



|  |  |
| --- | --- |
| **Descrizione Titolo Studio** | **Livello ISCED** |
| NESSUN TITOLO | 0 |
| LICENZA ELEMENTARE/ATTESTATO DI VALUTAZIONE FINALE | 1 |
| LICENZA MEDIA /AVVIAMENTO PROFESSIONALE | 2 |
| TITOLO DI ISTRUZIONE SECONDARIA di II GRADO  (SCOLASTICA o FORMAZIONE PROFESSIONALE) CHE NON PERMETTE L'ACCESSO ALL'UNIVERSITÀ *(qualifica di istituto*  *professionale, licenza di maestro d'arte, abilitazione all'insegnamento nella scuola materna, attestato di qualifica professionale e diploma professionale di Tecnico (leFP), Qualifica professionale regionale di l livello (post−obbligo, durata => 2 anni)* | 3 |
| DIPLOMA DI ISTRUZIONE SECONDARIA di II GRADO CHE PERMETTE L'ACCESSO ALL'UNIVERSITÀ | 3 |
| QUALIFICA PROFESSIONALE REGIONALE POST−DIPLOMA, CERTIFICATO DISPECIALIZZAZIONE TECNICA SUPERIORE (IFTS) | 4 |
| DIPLOMA DI TECNICO SUPERIORE (ITS) | 5 |
| LAUREA DI I LIVELLO (triennaIe), DIPLOMA UNIVERSITARIO, DIPLOMA ACCADEMICO di I LIVELLO (AFAM) | 6 |
| LAUREA MAGISTRALE/SPECIALISTICA di II LIVELLO, DIPLOMA DI LAUREA DEL VECCHIO ORDINAMENTO (4−6 anni), DIPLOMA  ACCADEMICO di II IiveIIo *(AFAM o di Conservatorio, Accademia di Belle Arti, Accademia d'arte drammatica o di danza, lSlAE vecchio ordinamento)* | 7 |
| TITOLO DI DOTTORE DI RICERCA | 8 |



















1. *Sbarrare la scelta che non interessa*
2. *Per la corretta compilazione consultare l’informativa contenuta nella pagina “lstruzioni di compilazione” allegata.*

## - Condizione Mercato Ingresso

|  |
| --- |
| **Descrizione Condizione Mercato** |
| In cerca di prima occupazione |
| Occupato (compreso chi ha un'occupazione saItuaria/atipica e chi è in CIG) |
| Disoccupato aIIa ricerca di nuova occupazione (o iscritto aIIe Iiste di mobiIità) |
| Studente |
| Inattivo diverso da studente (casaIinga/o, ritirato/a daI Iavoro, inabiIe aI Iavoro, in servizio di Ieva o servizio civiIe, in aItra condizione) |











## - Durata Ricerca dell’Occupazione

|  |
| --- |
| **Descrizione Durata Ricerca (**AIIa ricerca di Iavoro) |
| da meno di 6 mesi (<=6) |
| Da 6 mesi a 12 mesi |
| Da 12 mesi e oItre (>12) |
| Non disponibiIe |









## - Composizione del Nucleo Familiare Convivente in rapporto con il partecipante

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Descrizione Nucleo Familiare Convivente ( Stato di Famiglia)** | | | | | | | | | |
| **CODICE FISCALE** | **COGNOME** | **NOME** | **DATA NASCITA** | **LUOGO NASCITA** | **P** | **M** | **F** | **S** | **A** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **- Condizione Occupazionale del Nucleo Familiare Convivente sub 4**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Descrizione Condizione Occupazionale Nucleo Familiare Convivente** | | | | | |
| **CODICE FISCALE** | **In cerca di prima occupazione** | **Occupato (compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica e chi è in CIG)** | **Disoccupato alla ricerca di nuova occupazione**  **(o iscritto alle liste di mobilità)** | **Studente** | **Inattivo diverso da studente** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

## - Gruppo Vulnerabile Partecipante

|  |
| --- |
| **Descrizione Vulnerabilità** |
| Appartenente a famigIia i cui componenti sono senza Iavoro, senza figIi a carico |
| Appartenente a famigIia i cui componenti sono senza Iavoro e con figIi a carico |
| Genitore soIo, senza Iavoro e con figIi a carico (senza aItri componente aduIti neI nucIeo) |
| Genitore soIo, Iavoratore e con figIi a carico (senza aItri componente aduIti neI nucIeo) |
| Persona disabiIe |
| Migrante |
| Appartenente a minoranze (comprese Ie comunità emarginate come i Rom) |
| Persona inquadrabiIe nei fenomeni di nuova povertà (Ieggi di settore) |
| Tossicodipendente/ex tossicodipendente |
| Detenuto/ex detenuto |
| Vittima di vioIenza, di tratta e grave sfruttamento |
| Senza dimora e coIpito da escIusione abitativa |
| AItro tipo di vuInerabiIità |
| Nessuna tipoIogia di vuInerabiIità |





























## Avvio dell’attività

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Luogo | Data | Ora |
| BARLETTA  Via Madonna della Croce 265 | 16/10/2023 | inserire 08:00 |

ll sottoscritto/a dichiara di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento 2016/679/UE (General Data Protection Regulation − GDPR), i dati raccolti tramite la presente dichiarazione

informatici, esclusivamente nell’ambito e per le finalità del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e con le modalità previste dalla “lnformativa generale privacy” ai sensi dell’art. 13 del

di liceità previste dall’art. 6, paragrafo 1, lett. e) del G.D.P.R, cui presto consenso.

*ll Dichiarante*

saranno trattati, anche con strumenti

G.D.P.R. (riportata a tergo), per le finalità