



**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL PROGETTO "NO FRONTIERS"
FORMAZIONE E WORK EXPERIENCE
PER MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI**

POR Puglia 2014-2020 – ASSE IX – Linea di Azione 9.5. sub azione 9.5.a Avviso pubblico "Discrimination Free Puglia"

Il/La Sottoscritto/a

COGNOME		NOME	
Luogo di nascita (città e Provincia)		Data di nascita	
Stato di nascita		Nazionalità	
Cittadinanza		Codice Fiscale	
Residente a (città e Provincia)		C.A.P.	
Indirizzo			
Telefono fisso		Cell.	
e-mail (scrivere in stampatello)	_____ @ _____		
Documento identità		N°	
Rilasciato da		In data	

IN QUALITA' DI TUTORE DI
(sezione da depernare in caso di maggiore età)

COGNOME		NOME	
Luogo di nascita (città e Provincia)		Data di nascita	
Stato di nascita		Nazionalità	
Cittadinanza		Codice Fiscale	
Residente a (città e Provincia)		C.A.P.	
Indirizzo			
Telefono fisso		Cell.	
e-mail (scrivere in stampatello)	_____ @ _____		

Compilare se domiciliati/residenti presso strutture di accoglienza per minori stranieri

Nome struttura ospitante		Comune	
Indirizzo			
Educatore di riferimento			
Telefono fisso		Cell.	
e-mail (scrivere in stampatello)	_____ @ _____		

CHIEDE

di poter partecipare al progetto "No Frontiers"

A tal fine **dichiara**, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso decreto per le ipotesi di dichiarazioni mendaci:

- di essere "minore straniero non accompagnato" o neo maggiorenne entrato in Italia da minore straniero non accompagnato con autorizzazione del tribunale.





Unione Europea



Regione Puglia



- di non essere in carico ai servizi sociali oppure di essere in carico ai servizi sociali del Comune di _____
- di avere l'età _____
- di possedere il seguente grado di conoscenza della lingua italiana _____
- **di essere a conoscenza che l'indennità di frequenza, pari a € 4,00 ad ora, sarà erogata unicamente per l'effettiva frequenza delle ore del corso 300 ore + 200 ore di work-experience.**
- di essere a conoscenza che, prima di poter partecipare al progetto di alfabetizzazione e work experience **sarà necessario ed obbligatorio partecipare alle** attività di **Assessment – Orientamento, che avranno durata complessiva pari a 57 ore.** La mancata partecipazione alle fasi iniziali, costituirà motivo di esclusione dal progetto.
- di essere disponibile a realizzare le fasi teoriche del progetto in modalità "a distanza", in base alle disposizioni che saranno emanate a seguito dell'emergenza sanitaria in corso

ALLEGA

alla presente domanda seguente documentazione:

1. FOTOCOPIA DOCUMENTO VALIDO DI IDENTITA'
2. FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE
3. CERTIFICAZIONE CHE ATTESTI LO STATUS DI MINORE STRANIERO NON ACCOMPAGNATO
4. TITOLO DI SOGGIORNO
5. ALTRO (specificare)

luogo _____ data _____
Giorno Mese Anno
 firma _____

DLgs n° 196/2003 e GDPR (Regolamento UE 2016/679) -Tutela della privacy

Ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) Le forniamo le seguenti indicazioni:

1. i dati da Lei forniti verranno trattati esclusivamente con riferimento al procedimento per il quale ha presentato la documentazione;
2. il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;
3. il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura di Suo interesse;
4. titolare del trattamento è il Legale Rappresentante dell'ente Smile Puglia
5. I dati non saranno divulgati o ceduti a terzi;
6. In ogni momento potranno essere esercitati i diritti di cui all'art.7 del DLgs n°196/2003 (accesso, correzione, cancellazione, opposizione al trattamento, ecc.), rivolgendosi direttamente all'ente Smile Puglia

La presente sottoscrizione non necessita di autentica purché trasmessa unitamente a fotocopia di un documento di identità di chi sottoscrive.

luogo _____ data _____
Giorno Mese Anno
 firma _____

Si ricorda che come da Bando di Pubblicizzazione in caso di ricevimento di numero domande di partecipazione superiore a 18 si procederà alla selezione dei partecipanti con tempi e modalità che verranno comunicati sul sito web di Smile Puglia www.smilepuglia.it

La **DOMANDA DI PARTECIPAZIONE** dovrà pervenire **entro il termine del 15/05/2020 ore 20.00** a mezzo (alternative a scelta del candidato):

- **EMAIL** (Posta Elettronica: info@smilepuglia.it specificando nell'oggetto "DISCRIMINATION FREE – ATS LUPIAE – (cognome e nome)" oppure tramite **PEC** (Posta Elettronica Certificata: smilepuglia@pec.it specificando nell'oggetto "DISCRIMINATION FREE – ATS LUPIAE – (cognome e nome)".

Firma per presa visione ed accettazione

