

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L’INDIVIDUAZIONE DI CITTADINI POTENZIALI BENEFICIARI DELLA MIS URA PER L’ATTIVAZIONE DEL PERCORSO**

 Il/la sottoscritto/a:

|  |  |
| --- | --- |
|  **Nome:**  | **Cognome:**  |
| **Luogo di nascita:**  | **Data di nascita:**  |
| **Codice Fiscale:**  | **Cell.:**  |
| **mail:**  |
| **indirizzo residenza:**  |  |

**VISTO** l’Avviso Pubblico avente ad oggetto “ **AVVISO PUBBLICO “Tirocini di inclusione retribuiti” della Regione Campania relativo alla Misura GOL del PNRR (M5C1) Percorso 4 *“Lavoro e Inclusione”***

**Programma *“Garanzia di Occupabilità dei Lavoratori”* MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L’INDIVIDUAZIONE DI CITTADINI POTENZIALI BENEFICIARI DELLA MISURA PER L’ATTIVAZIONE DEL PERCORSO”**

**MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE**

a partecipare al citato avviso pubblico

A tal fine,

*ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm. ed ii., consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del suddetto D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di formazione di atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, sotto la propria responsabilità*

**D I C H I A R A**

1. **Di rientrare nei BENEFICIARI** del programma GOL, in quanto cittadino/a di **età fino a 65 anni, residente e/o domiciliato/a in Campania, che si trova in una delle seguenti situazioni**:

*(****barrare la casella di interesse)***

* ***Beneficiario/a di ammortizzatori sociali in costanza di rapporto di lavoro***

*(le specifiche categorie di lavoratori sono individuate dalla Legge di Bilancio 2022)*

* ***Beneficiario/a di ammortizzatori sociali in assenza di rapporto di lavoro***

*(disoccupati percettori di NASPI o DIS-COLL)*

* ***Beneficiario/a di sostegno al reddito di natura assistenziale***

*(percettori dell’Assegno di inclusione)*

* ***Lavoratore fragile o vulnerabile***

*[giovani NEET (meno di 30 anni), donne in condizioni di svantaggio, persone con disabilità, lavoratori maturi (55 anni e oltre), persone che sono in carico o sono segnalate dagli enti che operano nel sistema dei servizi sociali o sociosanitari e/o sono inserite in progetti/interventi di inclusione sociale]*

* ***Disoccupato/a senza sostegno al reddito***

*[disoccupati da almeno sei mesi, altri lavoratori con minori opportunità occupazionali (giovani e donne, anche non in condizioni di fragilità), lavoratori autonomi che cessano l’attività o con redditi molto bassi]*

* ***Lavoratore con redditi molto bassi (i cosiddetti working poor)***

*(il cui reddito da lavoro dipendente o autonomo sia inferiore alla soglia dell’incapienza secondo la disciplina fiscale).*

1. di accettare senza riserva, avendone presa piena conoscenza, tutte le disposizioni e condizioni previste nell’Avviso pubblico di cui in oggetto;
2. di essere informato/a ai sensi e per gli effetti del Regolamento (UE) 2016/679 "*Regolamento Generale sulla Protezione dei dati*” (GDPR), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, per le sole finalità inerenti la procedura di cui all’Avviso pubblico;

**AUTORIZZA**

*Ai sensi delle disposizioni di cui al D. Lgs. n. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e del Regolamento (UE) 2016/679 "Regolamento Generale sulla Protezione dei dati” (GDPR), il trattamento dei dati personali forniti con la presente domanda e acconsente, ai sensi dell'art. 6 e 7 del predetto Regolamento, al trattamento dei propri dati personali, in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.*

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Firma**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allegare: Copia leggibile e non autenticata di un documento di identità del dichiarante (fronte e retro), in corso di validità.**