



Scheda partecipante

Soggetto gestore ECIPAR PARMA Soc.Cons. a r.l. Via G. e G. Sicuri 44/a 43100 Parma	Cod. Org. 206	Operazione Rif. PA 2019-11725/RER Approvata con DGR n.1336 del 29/07/2019 co finanziato dal FSE PO 2014-2020 Regione Emilia Romagna
		Progetto n°6 edizione 2 "Strumenti finanziari a sostegno degli investimenti per l'innovazione aziendale"

DATI DEL PARTECIPANTE

Nome	Cognome	Data di nascita	Comune di Nascita	Pr
Codice Fiscale	Sesso O O	Cittadinanza	Cellulare	E-Mail
Residenza: Indirizzo	CAP	Comune	Pr	Telefono
Se il domicilio attuale è diverso dalla residenza: Indirizzo	CAP	Comune	Pr	Telefono

Titolo di studio

<input type="checkbox"/>	1	Nessun titolo
<input type="checkbox"/>	2	Licenza elementare
<input type="checkbox"/>	3	Licenza media inferiore
<input type="checkbox"/>	4	Diploma di scuola superiore di 2-3 anni che non consente l'iscrizione all'università
<input type="checkbox"/>	5	Diploma di scuola superiore di 4-5 che consente l'iscrizione all'università
<input type="checkbox"/>	6	Accademia di Belle Arti, Istituto Superiore Industrie Artistiche, Accademia di Arte Drammatica, Perfezionamento Accademia di Danza, Perfezionamento Conservatorio, perfezionamento Istituto di Musica Pareggiato, Scuola di Interpreti e Traduttori, Scuola di Archivistica, Paleogra e Diplomatica
<input type="checkbox"/>	7	Diploma universitario o di scuola diretta fini speciali (vecchio ordinamento)
<input type="checkbox"/>	8	Laurea triennale (nuovo ordinamento)
<input type="checkbox"/>	9	Master post laurea triennale (o master di I livello)
<input type="checkbox"/>	10	Laurea di durata superiore ai tre anni (diploma di laurea vecchio ordinamento ovvero laurea specialistica nuovo ordinamento)
<input type="checkbox"/>	11	Master post laurea specialistica o post laurea vecchio ordinamento (o master di secondo livello)
<input type="checkbox"/>	12	Specializzazione post laurea (specialistica)
<input type="checkbox"/>	13	Dottorato di ricerca
<input type="checkbox"/>	14	Qualifica professionale di primo livello, eventualmente conseguita anche tramite apprendistato
<input type="checkbox"/>	15	Qualifica professionale di secondo livello, eventualmente conseguita anche tramite apprendistato
<input type="checkbox"/>	16	Certificato di Tecnico superiore (lfts)
<input type="checkbox"/>	17	Diploma di specializzazione
<input type="checkbox"/>	18	Abilitazione professionale
<input type="checkbox"/>	19	Patente di mestiere
<input type="checkbox"/>	20	Nessuno dei precedenti

Tipologia di scuola abbandonata

<input type="checkbox"/>	0	Non previsto
<input type="checkbox"/>	1	Scuola media inferiore o di base
<input type="checkbox"/>	2	Biennio scuola secondaria riformata
<input type="checkbox"/>	3	Triennio scuola secondaria riformata
<input type="checkbox"/>	4	Istituto professionale
<input type="checkbox"/>	5	Istituto tecnico
<input type="checkbox"/>	6	Istituto Magistrale
<input type="checkbox"/>	7	Istituto d'Arte
<input type="checkbox"/>	8	Liceo
<input type="checkbox"/>	9	Università

Condizione occupazionale

<input type="checkbox"/>	1	Occupato alle dipendenze (compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica e chi è in CIG)
<input type="checkbox"/>	2	Occupato autonomo

PER GLI OCCUPATI:

Tipo di contratto

<input type="checkbox"/>	1	Contratto a tempo indeterminato
<input type="checkbox"/>	2	Contratto a tempo determinato (carattere non stagionale; carattere stagionale)
<input type="checkbox"/>	3	Contratto di inserimento
<input type="checkbox"/>	4	Contratto di apprendistato
<input type="checkbox"/>	6	Contratto di associazione in partecipazione
<input type="checkbox"/>	7	Nessun contratto perché lavoratore autonomo
<input type="checkbox"/>	8	Nessun contratto perché coadiuvante in un'impresa familiare
<input type="checkbox"/>	9	Altro

Ruolo/funzione ricoperta in azienda

AZIENDA DI APPARTENENZA (occupati)

Ragione sociale Azienda	Cod. Ateco Settore 2007	Partita IVA		
Luogo di iscrizione alla CIAA	Numero iscrizione	Data di iscrizione		
Forma giuridica	Dimensione azienda	N° addetti		
	<input type="checkbox"/> piccola <input type="checkbox"/> media <input type="checkbox"/> grande			
Indirizzo	CAP	Comune	Pr	Telefono
Fatturato €	Anno di riferimento			

Dati del Legale rappresentante

Nome	Cognome	Data di nascita	Comune di Nascita	Pr
Codice Fiscale	Sesso M F O O			
Residenza:				
Indirizzo	CAP	Comune	Pr	Telefono

Io sottoscritto chiedo di partecipare all'iniziativa formativa sopraindicata.

Dichiaro di essere stato informato del contenuto del D.lgs.196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali", in particolare per quanto riguarda i diritti dell'interessato (art. 7) e la modalità di trattamento delle informazioni raccolte (art. 13). Do pertanto il mio consenso affinché i sopraindicati dati personali siano raccolti e trattati esclusivamente per le finalità dell'ECIPAR secondo quanto disposto dal citato D.lgs 196/03.

Li _____

Firma _____