



**CITTA' di SPILIMBERGO**  
**PROVINCIA di PORDENONE**

**Area Tecnica**  
**Servizi Tecnici - Manutentivi**

*Modulo maggiorenni*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, nazionalità \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_,  
nr. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ tel./cellulare \_\_\_\_\_,  
e-mail \_\_\_\_\_; regolarmente iscritto per l'a.s. 2015/16 presso l'istituto  
\_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_  
Classe \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare all'iniziativa denominata "Lavori in Corso" per l'avvio dei ragazzi ad una prestazione di lavoro accessorio occasionale, nel periodo estivo, per complessive 3 settimane, dal lunedì al venerdì, in orario mattutino per un totale di 60 ore, a fronte di un compenso di € 450,00 netti (€ 600,00 lordi) pagati con i voucher INPS ai sensi della normativa vigente sul lavoro occasionale accessorio.

E' a conoscenza che l'**area di assegnazione** è quella afferente al Comune di residenza.

Il **periodo prescelto** è (esprimere una sola scelta):

- Dal 04/07 al 22/07/2016  
 Dal 1/08 al 19/08/2016

MAGLIETTE E DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE - Nr. di scarpa: \_\_\_\_; Taglia per la maglietta: \_\_\_\_

**E' consapevole** che per lo svolgimento dell'attività lavorativa, dovrà:

- essere libero da impegni scolastici nel periodo in cui svolgerà l'attività lavorativa (dovrà presentare, il primo giorno di lavoro, la certificazione allegata al presente modulo – ALLEGATO A);
- sottoporsi a visita medica obbligatoria, presso l'Ente esclusivamente nelle date comunicate dall'Ufficio preposto, effettuata da un medico del lavoro incaricato dal Comune di Spilimbergo **(al momento della visita deve presentarsi munito di tesserino delle vaccinazioni e della scheda di anamnesi – ALLEGATO B)**;
- partecipare ad un percorso formativo obbligatorio sulla sicurezza nei luoghi di lavoro (D.Lgs 81/2008);
- raggiungere il luogo di lavoro in autonomia;

**E' altresì consapevole** che:

- **è consentita la partecipazione esclusivamente ai ragazzi che non hanno mai effettuato l'esperienza nelle edizioni precedenti**;

è consentita la partecipazione ad uno dei due periodi indicati (1° periodo - dal 04/07 al 22/07 o nel 2° periodo - dal 1/08 al 19/08/2016).

- che effettuerà una prestazione di lavoro occasionale accessorio, retribuita con voucher INPS, e che, a tal fine, verrà registrato nelle banche dati INPS;
- il numero di posti per ogni zona è predefinito in base al contributo concesso dalla provincia di Pordenone.
- si impegna a garantire la presenza per tutto il periodo di lavoro prescelto e qualora non si presenti il primo giorno lavorativo viene considerato rinunciatario. Ciò costituisce motivo di esclusione dall'iniziativa.

- trattandosi di prestazione di lavoro occasionale accessorio il Comune di Spilimbergo si riserva la facoltà di interrompere la prestazione a fronte del mancato rispetto delle regole, ovvero di comportamenti inadeguati od oggettive incompatibilità dello studente allo svolgimento della prestazione lavorativa.
- Qualora lo studente non si sottoponga alla visita medica obbligatoria sarà considerato rinunciatario. Ciò costituisce motivo di esclusione dall'iniziativa.

A completamento della domanda allega la sotto indicata documentazione:

- Curriculum vitae debitamente datato e firmato in originale;
- Copia documento d'identità e codice fiscale.

**I ragazzi che risulteranno ammessi al progetto dovranno consegnare esclusivamente al medico del lavoro, in sede di visita medica, la scheda di anamnesi compilata in ogni parte e sottoscritta dal ragazzo (ALLEGATO B).**

**Il sottoscritto dichiara di aver letto e accettato tutte le condizioni del bando di partecipazione e sopra indicate.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali  
Informativa ai sensi del D.Lgs. 196/2003

Il Comune di Spilimbergo informa, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n°196/2003, e secondo quanto previsto dall'art. 48, comma 2 del D.P.R. 445/2000 che:

- i dati conferiti con il presente modello saranno utilizzati dal Settore Tecnico o altro Servizio del Comune di Spilimbergo competente in relazione allo sviluppo del procedimento amministrativo per cui essi sono specificati e conseguenti allo stesso; il trattamento dei dati è effettuato con strumenti cartacei/informatici; le attività comportanti il trattamento dei dati conferiti sono svolte per conseguire finalità istituzionali proprie del Comune;
- i dati raccolti potranno essere comunicati agli uffici del Comune interessati al procedimento, nonché ad altri soggetti pubblici o privati nei soli casi previsti dalla norma di legge o da regolamento;
- il conferimento dei dati da parte dell'Interessato ha natura obbligatoria, il mancato conferimento comporterà l'esclusione dalla procedura;
- l'interessato può in ogni momento ottenere che i dati conferiti siano aggiornati, rettificati, integrati, cancellati, trasformati in forma anonima, bloccati se trattati in violazione di legge;
- l'interessato ha diritto di ottenere l'attestazione che le operazioni di cui al punto precedente sono state portate a conoscenza di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, salvo il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o sproporzionato rispetto al diritto tutelato;
- i dati personali saranno trattati su supporti cartacei e informatici, del Comune di Spilimbergo e/o da società esterne incaricate dall'Ente esclusivamente per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali nei limiti stabiliti dalle leggi;
- il titolare del trattamento dei dati è l'Amministrazione Comunale di Spilimbergo con sede in Spilimbergo, Piazzetta Tiepolo n.1;
- il responsabile al trattamento dei dati è il Dirigente del Settore Tecnico del Comune di Spilimbergo.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, presta:

- il consenso** all'utilizzo dei propri dati personali e sensibili (obbligatorio) nonché alla loro trasmissione, anche su supporti informatici, all'INPS e ad ogni altro ente interessato alla gestione del progetto;
- il consenso** all'utilizzo di fotografie e video che lo ritraggano per gli scopi connessi alla documentazione delle attività del progetto "Lavori in corso" e alla promozione, corrente e futura, del progetto stesso senza alcun compenso e senza limite di spazio e di tempo.
- il consenso** ad essere contattati da altre Amministrazioni Pubbliche per l'eventuale partecipazione ad analoghi progetti autorizzando l'Amministrazione Comunale di Spilimbergo a trasmettere i propri dati alle stesse;

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**ALLEGATO A**  
**da consegnare esclusivamente al**  
**tutor il 1° giorno di lavoro**

All'Amministrazione Provinciale di Pordenone  
Settore Politiche Sociali  
Largo San Giorgio, 12  
33170 Pordenone

Il/La sottoscritto/a (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
regolarmente iscritto/a, per l'a.a. 2015/2016, alla Classe \_\_\_\_\_ dell'Istituto d'Istruzione Superiore  
o Università \_\_\_\_\_,

**a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, sulla  
responsabilità penale cui può andare in contro in caso di dichiarazioni mendaci e ai sensi  
dell'art. 2 del D.M. 3 ottobre 2007, n. 80 e l'OM 92/2007, confermata dalla circolare MIUR  
n. 6163 del 04.06.2008, sotto la propria responsabilità**

**DICHIARA**

che il periodo in cui presta l'attività di lavoro occasionale accessorio prevista dal Progetto "Lavori  
in corso" è compatibile con gli impegni scolastici.

\_\_\_\_\_  
(Firma del dichiarante)

**ALLEGATO B –  
da consegnare esclusivamente al  
medico del lavoro in sede di visita**

Scheda sanitaria di autocertificazione in vista della partecipazione alle attività di “Lavori in corso”

Questa scheda va **compilata e firmata** (ad uso del medico che eseguirà la visita di idoneità e al quale dovrà essere consegnata al momento della visita stessa) da parte dell'interessato

Cognome e nome del partecipante

.....

Data di nascita .....

Ha sofferto o soffre di:

Allergie a medicinali

NO     SI     Se SI specificare

.....

Altre allergie (in particolare a punture di insetti)

NO     SI     Se SI specificare

.....

Asma e/o altri disturbi respiratori

NO     SI     Se SI specificare

.....

Disturbi cardiaci (congeniti o acquisiti)

NO     SI     Se SI specificare

.....

Diabete mellito

NO     SI     Se SI specificare

.....

Epilessia

NO     SI     Se SI specificare

.....

Ernie discali, scoliosi grave

NO     SI     Se SI specificare

.....

Altri disturbi dell'apparato muscoloscheletrico

NO     SI     Se SI specificare

.....

Ha subito interventi chirurgici importanti

NO     SI     Se SI specificare

.....

.....

Assume farmaci

NO     SI     Se SI specificare

.....

.....

.....

Data \_\_\_\_\_

Firma lavoratore \_\_\_\_\_