**ALLEGATO A2**

*Fac simile generato da Siform 2 da compilare per tutti i lavoratori per cui si richiede il contributo*

**DATI DEI LAVORATORI**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome e Cognome |  |
| Data nascita |  |
| Codice Fiscale |  |
| Indirizzo residenza | (Numero civico, strada o piazza, codice postale, città, paese ) |
| Data assunzione |  |
| Occupato alla data di invio della domanda | Si  No |
| Sede di lavoro in uno dei Comuni dell’Allegato B | * Si * No |
| |  | | --- | | CCNL applicato | |  |
| Qualifica assunzione |  |
| Tipologia di Contratto | * Tempo indeterminate full time * Tempo indeterminate Part time   Barrare la casella di pertinenza |
| In caso di contratto PART TIME | ore settimanali CCNL previste n. \_\_\_\_\_\_\_  %\_\_\_ part-time (*non inferiore al 30%)* |
| Beneficiario di ammortizzatori sociali ordinari o in deroga con causale Covid 19 | Indicare il periodo richiesto nella domanda all’INPS :  da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a  *Inserire i vari periodi se non continuativi* |
| Richiamato in servizio | Indicare il periodo in cui il lavoratore è stato richiamato in servizio (almeno 6 mesi anche non continuativi)  Da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Indicare tutti i periodi in cui lavorate è ientrato in servizio*  Per ogni mese indicato sopra, indicare il n di giornate e ore lavorate:  Mese 1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. giornate, n. ore\_\_  Mese 2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. giornate n. ore\_\_ |
| IMPORTO CONTRIBUTO RICHIESTO |  |

**1 Titolo di studio del lavoratore occupato :**

 00 Nessun titolo

 01 Licenza elementare/attestato di valutazione finale

 02 Licenza media/avviamento professionale

 03 Titolo di istruzione secondaria di [[ grado (scolastica o formazione professionale) che non permette l'accesso ali '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 livello (post-obbligo, durata 2 anni )

 04 Diploma di istruzione secondaria di II grado che permette l’accesso all’università

 05 Qualifica professionale regionale/provinciale post diploma, certificato di specializzazione tecnica superiore (IFTS) Diploma universitario o di scuola diretta a fini speciali (vecchio ordinamento)

 06 Diploma di tecnico superiore (IFTS)

 07 Laurea di primo livello (triennale), diploma universitario, diploma accademico di I livello (AFAM)

 08 Laurea magistrale/specialistica di II livello, diploma di laurea del vecchio ordinamento (4-6 anni), diploma accademico di II livello (AFAM o di Conservatorio, Accademia di Belle Arti, Accademia d'arte drammatica o di danza, ISIAE vecchio ordinamento)

 09 Dottore di ricerca

**condizione/i di vulnerabilità del lavoratore occupato**

* 05 Persona disabile Persona riconosciuta come disabile secondo la normativa settoriale
* 06 Migrante o persona di origine straniera: Persona che si trova in una delle seguenti condizioni: Persona con cittadinanza non italiana che risiede da almeno 12 mesi in Italia (o che si presume saranno almeno 12 mesi), o Persona nata all'estero e che risiede da almeno 12 mesi (o che si presume saranno almeno 12 mesi) in Italia indipendentemente dal fatto che abbia acquisito o meno la cittadinanza italiana, o Persona con cittadinanza italiana he risi ede in Italia i cui genitori sono entrambi nati all'estero
* 07 Appartenente a minoranze (comprese le Persona appartenente ad una minoranza linguistica o etnica, compresi le comunità emarginate come i Rom) ROM
* 08 Persona inquadrabile nei fenomeni di nuova povertà (leggi di settore)
* 09 Tossicodipendente/ex tossicodipendente
* 10 Detenuto/ex detenuto
* 11 Vittima di violenza, di tratta e grave sfruttamento
* 13 Altro tipo di vulnerabilità. Ad esempio studenti con Bisogni Educativi Speciali, alcolisti/ex alcolisti, altri soggetti presi in carico dai servizi sociali ecc.
* 99 Nessuna condizione di vulnerabilità

**Compilare con tutte informazioni riportate nella tabella e quelle successive, per ogni lavoratore per cui si richiede il contributo.**