

**Domanda di partecipazione al bando per la selezione dei Pacchetti Vacanze e Soggiorni 2023**

**26 agosto – 02 settembre 2023**

(da compilare a cura dell'operaio dichiarante)

**a). Dati Operaio**

COGNOME  NOME   
 DATA DI NASCITA  LOCALITÀ DOMICILIO   
 VIA/PIAZZA  N.  C.A.P.  PROV.   
 CELLULARE (OBBLIGATORIO)  INDIRIZZO MAIL

**b). Dati coniuge/convivente**

COGNOME  NOME   
 DATA DI NASCITA  DIFFICOLTÀ MOTORIE  SI  NO (deve essere barrata necessariamente una casella)

**c). Dati figli:**

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	DIFFICOLTÀ MOTORIE (barrare una casella)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

**È OBBLIGATORIO ALLEGARE COPIA DEI CODICI FISCALI DELL'INTERO NUCLEO FAMILIARE**

NOTIFICAZIONE PREFERENZA PACCHETTO VACANZE E SOGGIORNI (da barrare obbligatoriamente) MARE  MONTAGNA

Rimane sottinteso che, per cause di carattere organizzativo, la località del Pacchetto Vacanza e Soggiorno potrebbe non coincidere con quella richiesta.

**INFORMATIVA E CONSENSO TRATTAMENTO DATI**

Il dichiarante, preso atto dell'Informativa fornita dal Titolare del trattamento dei dati Cassa Edile di Mutualità e Assistenza di Roma e Provincia, ai sensi del Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n.101, con cui si dispone l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento UE 2016/679, in materia di protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, presta il consenso ed autorizza il medesimo Titolare al trattamento dei dati identificativi e personali, anche dei familiari, raccolti per effetto della presente richiesta e per le finalità riportate nell'Informativa (consenso obbligatorio, in difetto non potrà essere accettata la richiesta di erogazione della prestazione).

Data  Firma del lavoratore/dichiarante

**Autocertificazione dello Stato di Famiglia**  
(da compilare a cura dell'operaio dichiarante)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_ ai sensi e per gli effetti di cui all'art.46 – lettera f) DPR 28 dicembre 2000, n.445 e consapevole di quanto prescritto dall'art.496 del Codice Penale sulla responsabilità penale cui va incontro in caso di dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

che la propria famiglia residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ è così composta:

**1 Il dichiarante**

	(Cognome e Nome)	(Luogo di nascita)	(Data di nascita)	(Grado di parentela)
2	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____	_____

Data \_\_\_\_\_ Firma del lavoratore/dichiarante \_\_\_\_\_

**Attestazione di Servizio**  
(da compilare a cura del Rappresentante dell'Impresa)

La scrivente impresa \_\_\_\_\_ con sede legale a \_\_\_\_\_

dichiara che il lavoratore Sig. \_\_\_\_\_  alla data del 30 aprile 2023 era in forza,  ovvero

ha risolto il rapporto di lavoro in data \_\_\_\_\_ e, altresì, di essere regolarmente iscritta alla Cassa Edile di Roma con il numero di posizione \_\_\_\_\_ e di aver adempiuto integralmente agli obblighi contributivi di denunce previsti, fino al mese di Marzo 2023 compreso.

Data \_\_\_\_\_ Timbro dell'impresa e firma del legale rappresentante \_\_\_\_\_