

Alla REGIONE CALABRIA

Dipartimento "Lavoro e Welfare"

**OGGETTO: Comunicazione individuazione del soggetto erogatore delle misure di accompagnamento al lavoro - PNRR -Programma GOL – PAR Calabria -DGR n. 169 del 30 aprile 2022. Avviso Pubblico n. 1 - DDG n. 11089 del 21/09/2022.**

Il/La sottoscritto/a

nato il  a  Provincia

Cod. fiscale  Residente a

in via  n.  Cittadinanza

Domiciliato a  In via  n.   
(Se diverso da Residenza)

Recapito tel.  E-mail

consapevole di quanto prescritto dagli artt. 76 e 75 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445 sulle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e la revoca dei benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. 445/2000:

### DICHIARA

In relazione alla scelta del soggetto erogatore delle misure di accompagnamento al lavoro del Programma GOL (Orientamento Specialistico, Accompagnamento al Lavoro, Incrocio Domanda Offerta) di voler essere prese in carico da (barrare la scelta specificare):

Centro per l'Impiego di:

*ovvero, in alternativa:*

Agenzia Accreditata

### DICHIARA

di non essere più in stato di disoccupazione o inoccupazione in quanto assunto in data

presso l'Azienda/Ente

e di rinunciare alla fruizione dei servizi di accompagnamento al lavoro previsti dal Programma GOL.

Rispetto alla data del colloquio di orientamento effettuato presso il Centro per l'Impiego segnala le seguenti variazioni nel proprio status (barrare le situazioni di interesse):

Nessuna variazione da segnalare;

Cessazione della fruizione della NASPI o Dis-Coll in data

Cessazione della fruizione del Reddito di Cittadinanza in data

Pensionamento in data

Partecipazione a iniziative e programmi nazionali o regionali (Garanzia Giovani, Attiva Calabria, etc)

Specificare:

Avvio della seguente politica attiva (es. tirocini, corsi di formazione etc) specificare

Altro di interesse da segnalare:

**INDICARE UNA SECONDA SCELTA IN CASO DI INDISPONIBILITA' DI APPUNTAMENTI CON IL SOGGETTO EROGATORE PRESCELTO (CPI O AGENZIA ACCREDITATA).**

Agenzia Accreditata

Luogo e data.....

Il Dichiarante

.....

*Allegare documento di riconoscimento in corso di validità*