

Comune di Colliano (SA)
Programma “Garanzia di Occupabilità dei Lavoratori - GOL”
Avviso Pubblico Tirocini

Il/la sottoscritto/a:

NOME _____ COGNOME _____
NATO/A IL _____ A _____ PR _____
RESIDENTE IN _____ A _____
TELEFONO _____ E-MAIL _____

CONSIDERATO CHE

i beneficiari dei tirocini di inclusione del programma GOL sono persone con età fino a 65 anni, residenti e/o domiciliate in Campania, in almeno una delle seguenti situazioni:

- beneficiari di ammortizzatori sociali in costanza di rapporto di lavoro;
- beneficiari di ammortizzatori sociali in assenza di rapporto di lavoro (disoccupati percettori di NASPI o DIS-COLL);
- beneficiari di sostegno al reddito di natura assistenziale (percettori Assegno di inclusione);
- lavoratori fragili o vulnerabili come giovani NEET, donne in condizioni di svantaggio, persone con disabilità, lavoratori maturi (55 anni e oltre), persone in carico o segnalate dagli Enti che operano nel sistema dei servizi sociali o sociosanitari e/o inserite in interventi di inclusione sociale;
- disoccupati senza sostegno al reddito, altri lavoratori con minori opportunità occupazionali (giovani e donne, anche non in condizioni di fragilità), lavoratori autonomi che cessano l'attività o con redditi molto bassi;
- lavoratori il cui reddito da lavoro dipendente o autonomo sia inferiore alla soglia dell'incapienza secondo la disciplina fiscale.

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

a partecipare all'Avviso Pubblico Tirocini Misura GOL Percorso 4 “Lavoro e Inclusione”, che prevede **l'attivazione a sportello di tirocini d'inclusione** della durata di 12 mesi.

La presentazione della manifestazione d'interesse non comporta la necessaria partecipazione al progetto. Ogni interessato sarà contattato dall'Ufficio Servizi Sociali e convocato presso il Comune di Colliano per un colloquio conoscitivo e per l'eventuale presa in carico. Ogni istanza sarà successivamente trasferita al Centro per l'Impiego, che provvederà alla valutazione definitiva dei candidati e all'eventuale attivazione del percorso.

Luogo e data

Firma

Allegato documento di riconoscimento