**ISTANZA DI ADESIONE ALLA CONVENZIONE PER L’ACCESSO AL SILER**

**Allegato 2)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dati dell’Ente** | |
| **Denominazione** |  |
| **Codice Fiscale** |  |
| **Sede Legale** |  |
| **Indirizzo di PEC istituzionale** |  |
| **Telefono** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Rappresentante legale/Dirigente funzionalmente competente** | |
| **Cognome** |  |
| **Nome** |  |
| **Codice fiscale** |  |
| **Indirizzo email** |  |
| **Indirizzo di PEC\*** |  |
| **Telefono** |  |

\*Qualora il Rappresentante legale o il Dirigente funzionalmente competente non sia in possesso di un’indirizzo PEC nominativo, può indicare l’indirizzo PEC della Struttura di appartenenza

|  |  |
| --- | --- |
| **Responsabile della Convenzione** | |
| **Cognome** |  |
| **Nome** |  |
| **Codice fiscale** |  |
| **Indirizzo email** |  |
| **Indirizzo di PEC\*** |  |
| **Telefono** |  |

|  |
| --- |
| **Dati** |
| Selezionare i dati cui si intende accedere dalla tabella di seguito riportata. |

|  |  |
| --- | --- |
| Lavoratore | * codice fiscale * cognome * nome * sesso * data di nascita * comune (o stato estero) di nascita * cittadinanza * comune di domicilio * indirizzo * cap * Stato occupazionale * Sintesi situazione occupazionale lavoratore (CPI, DID, data dichiarazione DID, Stato, STATO OCC, inizio, anz. di disoc., Ultimo mov. amm., tipo di rapp., inizio mov., fine, presso) |
| Lavoratore - Collocamento mirato | * Data iscrizione * Data anzianità iscrizione |
| Datore di lavoro | * Denominazione * Sede legale * Numero REA * Indirizzo * Località * Comune * Cap * Stato azienda * Codice Attività * Tipo Attività * Codice CCNL * Tipo CCNL * Raggiungibile con mezzi pubblici * Telefono * Fax * Email * PEC * Referenti azienda (Cognome, Nome, Ruolo, Telefono, Fax, e-mail) * Legale rappresentante (Cognome, Nome, Documento, Numero documento, Motivo della carta/documento, Scadenza in data, Questura, Soggiornante in Italia) |
| Movimenti | * Dati rapporto di lavoro (data inizio, data fine, ente previdenziale, codice ente previdenziale, pat INAIL, codice agevolazione, socio lavoratore, tipo orario, ore settimanali medie, qualifica professionale (ISTAT), legge 68 data nulla osta/convenzione, legge 68 numero atto, contratto collettivo applicato, livello di inquadramento, retribuzione / compenso, lavoro in agricoltura, giornate lavorative previste, tipo lavorazione) * dati proroga (fine proroga) * dati trasformazione (data trasformazione, codice trasformazione) * dati cessazione (data cessazione, codice causa) * datore di lavoro presso il quale il lavoratore viene distaccato (codice fiscale datore distaccatario, denominazione datore di lavoro distaccatario, settore, pat INAIL, comune sede di lavoro, cap sede di lavoro, indirizzo sede di lavoro, telefono sede di lavoro, fax sede di lavoro, e-mail sede di lavoro) |
| eventi di condizionalità | * Data evento * Tipo evento * Protocollo INPS * Tipo domanda * CPI * Data invio * Programma * Data inizio prog. * Data fine prog. |

|  |
| --- |
| **Funzione istituzionale** |
| Descrivere compiutamente e specificatamente la funzione istituzionale da assolvere per la quale si richiede la fruizione dei dati di cui alla tabella precedente |
|  |

|  |
| --- |
| **Normativa** |
| Indicare puntualmente tutta la normativa, primaria e secondaria, che dispone in ordine alla funzione istituzionale di cui al precedente punto. |
|  |

SOGGETTI AUTORIZZATI ALL’ACCESSO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome** | **Nome** | **Codice fiscale** | **Indirizzo email personale** | **Telefono** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di *legale rappresentante di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*/*Dirigente funzionalmente competente in ordine a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(inserire ambito funzionale di competenza)* di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**DICHIARA CHE**

* tutti gli operatori per i quali si richiede l’accesso al SILER **sono stati autorizzati al trattamento dei dati personali o nominati responsabili del trattamento dei dati**;
* *gli operatori \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sono dipendenti di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare PA o Azienda di cui il Soggetto istante si avvale per accedere al SILER), all’uopo designata responsabile esterno del trattamento di dati personali[[1]](#footnote-1)*
* l’accesso ai dati verrà consentito esclusivamente a soggetti che sono stati autorizzati;
* in casi di verifiche di cui all’art. 10 della Convenzione, l’Agenzia regionale per il lavoro dovrà assumere quale proprio referente il Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[[2]](#footnote-2), indirizzo e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* sono stati effettuati interventi formativi sulle specifiche caratteristiche, proprietà e limiti del sistema SILER al personale per il quale si richiede l’accesso;
* sono state adottate le misure minime e idonee di sicurezza del Codice per la protezione dei dati personali;
* di aver preso visione e di accettare gli obblighi di cui all’art. 10 della Convenzione, che si intendono ivi integralmente richiamati

Luogo, data

Il legale rappresentante/Dirigente funzionalmente competente[[3]](#footnote-3)

1. Questa clausola deve essere riportata nei casi indicati all’ultimo capoverso dell’art. 6 dello Schema di Convenzione di accesso al SILER [↑](#footnote-ref-1)
2. Indicare il nominativo del referente tecnico che l’ARL potrà contattare nei casi di attivazione delle verifiche di cui all’art. 10 dello Schema di Convenzione. [↑](#footnote-ref-2)
3. Questo documento deve essere **firmato digitalmente** e inviato per mezzo di posta elettronica certificata all’indirizzo: **arlavoro.ict@postacert.regione.emilia-romagna.it** [↑](#footnote-ref-3)