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

**Allegato 2bis)**

|  |
| --- |
| **Dati dell’Ente** |
| **Denominazione** |  |
| **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** |
| L’accesso alla banca dati consente la visualizzazione dei dati riportati nella tabella seguente: |

|  |  |
| --- | --- |
| dati generali | * Azienda (Codice fiscale, CF azienda per Inps, Ragione sociale, Tipo azienda, Tipo datore di lavoro
* Indirizzo sede leg., Comune)
* Dettagli Azienda (Cap, Data inizio attività, Recapito
* Codice attività, Tipo Attività, Codice CCNL, Tipo CCNL
* Qualificazione, Iscritta ente bilaterale (SI/NO), Organizzazione datore, Consulente del lavoro, Matricola INPS, Sede INPS)
* Ultimo esame congiunto (Data inizio validità, Data fine validità)
* Domanda CIG (Codice domanda – Data invio – Tot Giornate, Codice dom. originaria – data inizio – tot lavoratori, Provenienza – data fine – tot. , Tipo domanda, Causa sisma, Data consultazione/esame congiunto, Lavoratori in forza, Pagamento diretto, Sedi non coinvolte, Stato domanda, Protocollo rinuncia/revoca, Sedi coinvolte, Codice dom. estesa)
* Concessione
 |
| Lavoratori | * Lista lavoratori (Codice fiscale, Cognome, Nome, Sesso, Comune di nascita, Data di nascita, Nazione di cittadinanza, Comune di domicilio, Indirizzo domicilio, Comune di residenza, Cellulare, Altro telefono, Data assunzione, Linea di azione, Sede operativa, Note)
 |
| Associa Lavoratori - Sede  |  |
| Sindacati  |  |
| Consuntivo CIG |  |

|  |
| --- |
| **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. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Soggetto incaricati all’accesso\*** |  |
| **Cognome** |  |
| **Nome** |  |
| **Codice fiscale** |  |
| **Indirizzo email** |  |
| **Telefono** |  |

\* Per ogni operatore per il quale si richiede l’accesso deve essere completata tale tabella.

|  |  |
| --- | --- |
| **Soggetto incaricati all’accesso** |  |
| **Cognome** |  |
| **Nome** |  |
| **Codice fiscale** |  |
| **Indirizzo email** |  |
| **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 CIGD), 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)
* 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. 11 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 la Provincia 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)