

<b>Dati dell'Ente</b>	
<b>Denominazione</b>	
<b>Sede Legale</b>	
<b>Indirizzo di PEC istituzionale</b>	
<b>Telefono</b>	

<b>Rappresentante legale/Dirigente funzionalmente competente</b>	
<b>Cognome</b>	
<b>Nome</b>	
<b>Codice fiscale</b>	
<b>Indirizzo email</b>	
<b>Indirizzo di PEC*</b>	
<b>Telefono</b>	

\*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

<b>Responsabile della Convenzione</b>	
<b>Cognome</b>	
<b>Nome</b>	
<b>Codice fiscale</b>	
<b>Indirizzo email</b>	
<b>Indirizzo di PEC*</b>	
<b>Telefono</b>	

<b>Dati</b>
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)

<b>Funzione istituzionale</b>
Descrivere compiutamente e specificatamente la funzione istituzionale da assolvere per la quale si richiede la fruizione dei dati di cui alla tabella precedente

<b>Normativa</b>
Indicare puntualmente tutta la normativa, primaria e secondaria, che dispone in ordine alla funzione istituzionale di cui al precedente punto.

<b>Soggetto incaricato all'accesso*</b>	
<b>Cognome</b>	
<b>Nome</b>	
<b>Codice fiscale</b>	
<b>Indirizzo email</b>	
<b>Telefono</b>	

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

<b>Soggetto incaricat0 all'accesso</b>	
<b>Cognome</b>	
<b>Nome</b>	
<b>Codice fiscale</b>	
<b>Indirizzo email</b>	
<b>Telefono</b>	

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<sup>1</sup>*
- ❖ 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. \_\_\_\_\_<sup>2</sup>
- ❖ 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<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Questa clausola deve essere riportata nei casi indicati all'ultimo capoverso dell'art. 6 dello Schema di Convenzione di accesso al SILER

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Questo documento deve essere firmato digitalmente e inviato per mezzo di posta elettronica certificata all'indirizzo: [arlavoro.servipl@postacert.regione.emilia-romagna.it](mailto:arlavoro.servipl@postacert.regione.emilia-romagna.it)

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

<b>Nome</b>	
<b>Codice fiscale</b>	
<b>Indirizzo email</b>	
<b>Telefono</b>	

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

<b>Soggetto incaricati all'accesso</b>	
<b>Cognome</b>	
<b>Nome</b>	
<b>Codice fiscale</b>	
<b>Indirizzo email</b>	
<b>Telefono</b>	

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<sup>1</sup>*
- ❖ 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. \_\_\_\_\_<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Questa clausola deve essere riportata nei casi indicati all'ultimo capoverso dell'art. 6 dello Schema di Convenzione di accesso al SILER

<sup>2</sup> 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.

- ❖ 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<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Questo documento deve essere firmato digitalmente e inviato per mezzo di posta elettronica certificata all'indirizzo:  
arlavoro.servipl@postacert.regione.emilia-romagna.it