



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI



COMUNE DI GIOIOSA MAREA

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 30
COMUNE CAPOFILA PATTI

AL COMUNE DI GIOIOSA MAREA

Distretto Socio-Sanitario n.30

Tramite il COMUNE DI

ALLEGATO A

Oggetto: ISTANZA DI ADESIONE PER COSTITUZIONE DI UNA LISTA DI ACCREDITAMENTO per la realizzazione di TIROCINI FINALIZZATI ALL'INCLUSIONE SOCIALE, ALL'AUTONOMIA DELLE PERSONE E ALLA RIABILITAZIONE" di cui al PIANO DI ATTUAZIONE LOCALE (PAL) – FONDO POVERTA' ANNUALITA' 2019 -2023

Soggetto Ospitante:

Denominazione o ragione sociale _____

Codice ATECO _____ N.° iscrizione CCIAA _____

Luogo e data di iscrizione _____

Descrizione attività _____

Indirizzo sede legale _____

Comune _____ Prov. _____

C.A.P. _____ Telefono _____

e mail _____

Pec _____

Indirizzo sede operativa interessata _____

Comune _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Telefono _____ e-mail _____

P.IVA _____ C.F. _____



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

Referente/Tutor

Cognome e nome _____

Posizione _____ Telefono _____

Indirizzo e-mail _____

NUMERO DIPENDENTI

Barrare la casella corrispondente

- ☐ Compreso tra 1 e 20
- ☐ Superiore a 20 ed inf. a 50
- ☐ Superiore a 50 (n. _____)

PRECEDENTI ESPERIENZE IN ATTIVITA' ANALOGHE:

Il soggetto ospitante,

CHIEDE

di ospitare presso la propria Azienda n. _____ **beneficiari** di tirocini di inclusione sociale di cui all'Azione **"TIROCINI FINALIZZATI ALL'INCLUSIONE SOCIALE, ALL'AUTONOMIA DELLE PERSONE E ALLA RIABILITAZIONE"** di cui al **PIANO DI ATTUAZIONE LOCALE (PAL) – FONDO POVERTA' ANNUALITA' 2019 -2023** in conformità alle condizioni e alle procedure previste dalla normativa di riferimento e dall'avviso pubblico emanato dal Comune di Gioiosa Marea. A tal fine, dichiara di rendersi disponibile a fornire tutte le informazioni e/o integrazioni richieste ai fini dell'espletamento delle attività istruttorie.

Luogo e Data _____

Firma _____



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI



COMUNE DI GIOIOSA MAREA

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 30
COMUNE CAPOFILA PATTI

ALLEGATO B

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi degli artt.46 e 47 DEL D.P.R. n. 445/2000.

Il/la sottoscritto/a..... nato/a
..... il, residente a
via/piazza..... n..... codice Fiscale....., in
qualità di legale rappresentante dell'impresa..... - codice fiscale
....., consapevole, delle responsabilità penali richiamate dall'art.76 del
D.P.R. n. 445/2000, cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi
o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

(dichiarare le voci che ricorrono)

- di conoscere ed applicare tutta la normativa che disciplina l'intervento di cui al "Piano Attuazione Locale (PAL) per la programmazione delle risorse della Quota Servizi del Fondo Povertà annualità 2019-2023"
- che l'impresa ha sede operativa interessata ricadente nel territorio del Comune di
- che l'impresa non ha effettuato nei 12 mesi precedenti la presentazione del progetto, licenziamenti per riduzione di personale, salvo che per giusta causa, per giustificato motivo soggettivo/ oggettivo o per raggiungimento dei requisiti del pensionamento;
- che l'impresa è regolarmente iscritta al registro delle imprese di per il settore.....;
- di essere in regola con la normativa in materia di sicurezza del lavoro;
- di essere in regola con le norme che disciplinano le assunzioni obbligatorie – quote di riserva – previste dalla legge n. 68/1999 e successive modificazioni, senza il ricorso all'esonero previsto dall'art. 5, comma 3, della legge medesima;



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

- di essere titolare di Partita IVA n..... e C.F.....;
- che l'impresa si trova nel pieno e libero esercizio dei propri diritti, non essendo in stato di scioglimento o liquidazione e non essendo in stato di scioglimento o liquidazione e non essendo sottoposta a procedure di fallimento, liquidazione coatta amministrativa o amministrazione controllata;
- che l'impresa non è Ente destinatario di provvedimenti giudiziari per i quali è prevista l'applicazione delle sanzioni amministrative di cui al decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231;
- che l'impresa è in regola con le normative vigenti in materia fiscale, assicurativa e previdenziale, di avviamento al lavoro, di applicazione del CCNL e del contratto di categoria, di diritto al lavoro dei disabili, nonché con il pagamento dei tributi locali;
- che l'impresa si impegna a tenere a disposizione del Comune di riferimento ogni documento e/o attestazione predisposto ai fini della procedura in parola.

Liberatoria per il trattamento dei dati personali:

Il/la sottoscritto/a..... autorizza il trattamento delle informazioni contenute nella presente domanda ai sensi del D.lgs. 196/2003.

Si allega: copia documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e Data _____

Firma _____