

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) – Quota Servizi Fondo Povertà annualità 2020.

Soggetto Ospitante:

Il /La sottoscritto/a.....nato/a a.....il.....
 CF:..... residente in.....via.....n..... nella
 qualità di legale rappresentante dell'impresa con denominazione o regione sociale.....
 Codice ATECO N°.....iscrizione CCIAA.....
 Luogo e data di iscrizione.....
 Descrizione attività.....
 Indirizzo sede legale.....
 Comune Prov-.....C.A.P.....telefono.....
 Email.....pec..... Indirizzo sede operativa
 interessata.....Comune.....prov.....
 C.A.P.....telefono.....mail.....P. IVA.....e/o
 C.F.....

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) – Quota Servizi Fondo Povertà (QSFP) annualità 2020**, in conformità alle condizioni e alle procedure previste dalla normativa di riferimento e dall'avviso pubblico emanato dal Comune di Barcellona Pozzo di Gotto capofila del Distretto Socio Sanitario 28.

A tal fine, dichiara di rendersi disponibile a fornire tutte le informazioni e/o integrazioni richieste ai fini dell'espletamento delle attività istruttorie. *(barrare la voce con una X).*

- Di essere disponibile ad ospitare tirocini formativi/voucher finanziati a valere sulle risorse finanziarie PAL 2020.
- di essere già accreditato per ospitare tirocini formativi/voucher presso questa amministrazione.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 e seguenti del D.P.R. 445/2000, consapevole del fatto che, in caso di dichiarazioni mendaci, saranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'art. 76 del citato D.P.R. le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti e dichiarazioni mendaci.

DICHIARA *(barrare la voce con una X)*

-Di non trovarsi in nessuna delle cause di esclusione dalle procedure di aggiudicazione secondo quanto previsto dall'art 80 del D. Lgs. 50/2016.

-Di essere iscritto al registro delle imprese presso C.C.I.A.A.

-Di _____ per l'attività di _____
 numero e data di iscrizione _____ organi di amministrazione, persone che li compongono.

-Che l'impresa si trova nel pieno e libero esercizio di tutti i suoi diritti e non si trova in stato di liquidità, fallimento, concordato preventivo o cessazione di attività, l'inesistenza di cause di decadenza, di divieto e di sospensione di cui all'art. 10 della legge 575/65 e ss.mm.i.

- Di applicare integralmente il seguente CCNL rispetto alla normativa vigente in materia di rapporto di lavoro.
- Di rispettare gli obblighi relativi al pagamento delle imposte e delle tasse.
- Di rispettare gli obblighi in materia contributiva e previdenziale (DURC).
- Di avere posizione regolare rispetto agli obblighi ed agli adempimenti previsti in materia di diritto al lavoro dei soggetti diversamente abili di cui alla legge 68/99 e ss.mm.ii, (ove richiesto).
- Di essere in regola con tutte le disposizioni di legge vigenti in materia di rapporti di lavoro ed in particolare di non avere in corso procedure per il lavoro sommerso.
- Di avere adempiuto, all'interno della propria azienda, agli obblighi di sicurezza e di igiene sul lavoro, previsti dalla normativa vigente con particolare riferimento alla formazione obbligatoria prevista dal Decreto Legislativo 81/2008.
- Solo nel caso di Cooperative sociali / enti no profit in genere:
- Di avere adottato la Carta dei Servizi.
- Estremi dell'atto costitutivo e del relativo statuto, con indicazione della sede, durata, attività di competenza:

_____ Iscrizione Albo regionale, ove previsto, per l'attività svolta,
con n. _____ sez. _____ del _____;

DICHIARA ALTRESI'

- di essere disponibile ad ospitare presso le proprie strutture e i propri servizi un numero massimo di _____ (comunque non superiore a 5 tirocinanti) soggetti beneficiari del progetto in parola;
- di individuare nei seguenti servizi, le possibili attività dove impiegare i soggetti di cui all'oggetto: _____
- di aver preso visione e accettato integralmente quanto contenuto nell'Avviso in oggetto.
- di essere informato, ai sensi e per effetto del D. Lgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione di dati personali", che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

SI IMPEGNA A:

- a) Utilizzare il beneficiario esclusivamente per l'attività selezionata ed in affiancamento al personale dipendente;
- b) Sottoscrivere per ciascun beneficiario un "progetto personalizzato" come previsto ai sensi del punto 3 delle "Linee guida per i tirocini di orientamento formazione e inserimento/reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione" di cui all'Accordo tra Governo e Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 22/01/2015;
- c) Impegnare il beneficiario per il numero di ore previsto dal piano personalizzato;
- d) Individuare il responsabile del tirocinio/voucher di inclusione sociale tra i propri lavoratori in possesso di requisiti idonei alla mansione nel rispetto del rapporto minimo di 1 tutor per 3 tirocinanti;
- e) Tenere un registro delle presenze;

Allega a pena esclusione:

- Documento di riconoscimento in corso di validità.
- Carta dei Servizi (nel caso di Cooperative sociali / enti no profit in genere)

Luogo e data _____

Firma