



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo

PON
INCLUSIONE

M



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

Programma Operativo Nazionale "Inclusione" F.S.E 2014/2020- Convenzione di sovvenzione n. AV3-2016-SIC_33

MUNICIPIO DELLA CITTA' DI PATTI
DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 30
COMUNE CAPOFILA PATTI
AOD N. 1

(Patti - Brolo – Gioiosa Marea - Librizzi – Montagnareale – Oliveri – Piraino – San Piero Patti)

AL COMUNE DI PATTI

Ente Capofila dei Comuni dell'AOD n.1
Distretto Socio-Sanitario n.30
Piazza Scaffidi
98066 Patti

Tramite il COMUNE DI

ALLEGATO A.

Oggetto: ISTANZA DI ADESIONE PER COSTITUZIONE DI UNA LISTA DI ACCREDITAMENTO per la realizzazione dell'Azione B.2.b. "TIROCINI FINALIZZATI ALL'INCLUSIONE SOCIALE, ALL'AUTONOMIA DELLE PERSONE E ALLA RIABILITAZIONE" (accordo in conferenza unificata del 22 gennaio 2015) del PROGETTO PON DEL SOSTEGNO PER L'INCLUSIONE ATTIVA (SIA/REI) DI CUI ALL'AVVISO N. 3/2016 DEL MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI -FSE 2014-2020 - CUP: C71H17000080002

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. _____

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 proponente,

CHIEDE

di ospitare presso la propria Azienda n. _____ **beneficiari** di tirocini di inserimento e/o reinserimento al lavoro di cui all'**Azione B.2.b- PROGETTO PON DEL SOSTEGNO PER L'INCLUSIONE ATTIVA (SIA/REI) DI CUI ALL'AVVISO N. 3/2016 DEL MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI -FSE 2014-2020 – CUP: C71H17000080002**, in conformità alle condizioni e alle procedure previste dalla normativa di riferimento e dall'avviso pubblico emanato dal Comune di Patti, Capofila dei Comuni associati dell'AOD n.1 Distretto Socio Sanitario 30. A tal fine, dichiara di rendersi disponibile a fornire al Comune di Patti tutte le informazioni e/o integrazioni richieste ai fini dell'espletamento delle attività istruttorie.

Luogo e Data _____

Firma _____



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo

PON
INCLUSIONE



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

Programma Operativo Nazionale "Inclusione" F.S.E 2014/2020- Convenzione di sovvenzione n. AV3-2016-SIC_33

MUNICIPIO DELLA CITTA' DI PATTI
DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 30
COMUNE CAPOFILA PATTI
AOD N. 1

(Patti - Brolo – Gioiosa Marea - Librizzi – Montagnareale – Oliveri – Piraino – San Piero 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 PROGETTO PON DEL SOSTEGNO PER L'INCLUSIONE ATTIVA (SIA) DI CUI ALL'AVVISO N. 3/2016 DEL MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI -FSE 2014-2020.
- 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 non è ricorsa alla Cassa Integrazione Guadagni (Ordinaria, straordinaria ed in deroga) nei 12 mesi precedenti la presentazione del progetto;

- 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;
- 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 Patti 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. 196/03.

Si allega: copia documento di riconoscimento in corso di validità e iscrizione Camerale (CCIAA).

Luogo e Data _____

Firma _____