

OGGETTO: ISTANZA DI ADESIONE PER LA COSTITUZIONE DI UNA LONG LIST PER L'INDIVIDUAZIONE DELLE IMPRESE DISPONIBILI ALLA REALIZZAZIONE DELL'AZIONE: TIROCINI INCLUSIVI FINALIZZATI ALL'INCLUSIONE SOCIALE, ALL'AUTONOMIA DELLE PERSONE E ALLA RIABILITAZIONE. PIANO DI ATTUAZIONE LOCALE (PAL 2020) A VALERE DELLA QUOTA SERVIZI FONDO POVERTA' ANNUALITA' 2020 - MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI CUP: D91H20000240003

Al Coordinatore del
Distretto Socio Sanitario n° 34
c/o Comune di Carini
Via Umberto I°
90044 — CARINI (PA)

Dati identificativi del soggetto proponente

Denominazione o ragione sociale _____

Codice ATECO _____

N. Iscrizione CCIAA _____

Luogo e data d'iscrizione _____

Descrizione attività _____

Indirizzo sede legale _____

Comune _____ CAP _____ Prov _____

Telefono _____ mail _____

PEC _____

PARTITA IVA _____ C.F. _____

Indirizzo sede operativa interessata: _____ Comune _____ Prov _____

CAP _____ tel _____ mail _____

Referente

Cognome e Nome _____ Posizione _____

Tel _____ mail _____

Tipologia del soggetto proponente

Aziende operanti nel settore _____

Studi professionali operanti nel settore _____

Ditte individuali operanti nel settore _____

Consorzi agrari, consorzi industriali operanti nel settore _____

Cooperative di produzioni di lavoro e/o servizi operanti nel settore _____

Esperienze in attività analoghe

Il soggetto proponente

DICHIARA

Di avere n. _____ dipendenti assunti a tempo determinato / indeterminato.

CHIEDE

di essere ammesso alla costituzione della long list per l'individuazione delle imprese per la realizzazione dell'azione tirocini inclusivi finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione Piano di Attuazione Locale (PAL 2020) Quota Servizi Fondo Povertà Annualità 2020 - Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali CUP: D91H20000240003, in conformità alle condizioni e alle procedure previste dalla normativa di riferimento e dall'Avviso pubblico.

A tal fine dichiara di rendersi disponibile ad ospitare presso la propria ditta n. _____ beneficiari dei tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione previsti nell'azione 2 del Piano di Attuazione Locale (PAL 2020) a valere della Quota Servizi Fondo Povertà Annualità 2020 - Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali CUP D91H20000240003, in conformità alle condizioni e alle procedure previste dalla normativa di riferimento e dall'Avviso Pubblico.

A tal fine, dichiara di rendersi a fornire al Comune di Carini tutte le informazioni e/o integrazioni richieste ai fini dell'espletamento delle attività istruttorie.

_____ n. _____

FIRMA

*Per il calcolo dei dipendenti si fa riferimento a quanto previsto dall'art. 68 della legge 15 maggio 2013 n. 9 (pubblicata sulla GURS del 17.05.2013 — Disposizioni in materia di istituzione, formazione e cultura, abrogazioni e modifiche di norma), nello specifico:

- fino a 2 (due) tirocinanti, nel caso di aziende che hanno in forza fino a 5 (cinque) dipendenti assunti a tempo determinato/indeterminato
- fino a 4 (quattro) tirocinanti, nel caso di aziende con un numero di dipendenti assunti a tempo determinato/indeterminato compreso tra 6 (sei) e 20 (venti);
- fino ad un massimo di tirocinanti pari al 20% dei dipendenti assunti a tempo determinato/indeterminato, nel caso di aziende con un numero di dipendenti superiore a 21 (ventuno) unità.

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

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

DICHIARA

- di conoscere ed applicare tutta la normativa che disciplina l'azione dei tirocini inclusivi finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione Piano di Attuazione Locale (PAL 2020) Quota Servizi Fondo Povertà Annualità 2020 - Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali CUP: D91H20000240003
- che l'impresa ha sede produttiva/commerciale/locale ricadente nel territorio del Comune di _____
- di trovarsi nel pieno e libero esercizio dei propri diritti, non essendo in stato di scioglimento o liquidazione e non essendo sottoposte a procedure di fallimento, liquidazione coatta amministrativa o amministrazione controllata;
- di non avere effettuato nei 12 mesi precedenti, licenziamenti per riduzione di personale, salvo che per giusta causa e per giustificato motivo soggettivo;
- di non essere ricorsi nei 12 mesi precedenti alla Cassa Integrazione Guadagni (Ordinaria, Straordinaria ed in deroga);
- di essere in regola con l'applicazione del CCNL del settore di riferimento;
- di non essere destinatario di provvedimenti giudiziari per i quali è prevista l'applicazione delle sanzioni amministrative di cui al D. Lgs. 8 giugno 2001 n. 231;
- di essere in regola con le norme che disciplinano le assunzioni obbligatorie — quote di riserva — previste dalla Legge n. 68/ 1999 e s.m.i., senza il ricorso all'esonero previsto dall'art. 5, comma 3 della legge medesima;
- di essere titolare di partita IVA n. _____;
- di essere iscritto alla CCIAA di _____ dal _____
al n. _____;

Il/La sottoscritto/a autorizza il trattamento dei propri dati, nel rispetto della normativa vigente in materia di tutela della privacy, con particolare riferimento a quanto previsto dal D. Lgs. 196/2003 denominato *Codice in materia di protezione dei dati personali* e dal GDPR n.679/2016 *Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali*.

Il/La sottoscritto/a allega il documento di identità in corso di validità.

Luogo e data _____

Timbro e Firma
